

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE ES ARTS (PSYCHOLOGIE)

PAR

LUCE JACKSON

LA NARRATION DE SOUVENIRS ET L'ENTRETIEN DIRECT

SUR LA SANTE: UNE ETUDE COMPARATIVE DE

PROXIMITE A SOI AUPRES DE

PERSONNES AGEES

AOUT 1990

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Sommaire	vii
Introduction	1
Chapitre premier: Contexte théorique	6
L'approche narrative	8
L'interview structurée	11
L'interview non-structurée	12
L'interview semi-structurée	13
Application de l'approche narrative à l'étude sur le vieillissement	16
Résumé	18
Les souvenirs anciens	19
Les souvenirs anciens considérés selon l'optique de la psychologie indivi- duelle	21
A. Valeur prédictive et diagnostique des souvenirs anciens	24
B. Résumé	27
Distinction entre la réminiscence et le rappel de souvenirs	28
Le processus d'introspection et le vieillissement	33
Analyse des affects révélés dans les souvenirs	34
Application de l'échelle d'experiencing pour l'analyse des affects révélés dans les souvenirs	41
Résumé	44
La santé subjective	45
Analyse du mode d'investissement personnel dévoilé par l'entretien direct sur la santé	47

La santé subjective: son rapport avec divers comportements et traits de personnalité	53
Facteurs influençant la perception subjective de la santé	56
La santé subjective et son rapport avec la santé objective	58
La santé subjective et son mode d'évaluation	60
A. Les mesures quantitatives	60
B. Les questions ouvertes	62
Le processus d'introspection et l'entretien direct sur la santé	65
Résumé	66
L'experiencing (proximité à soi)	67
La théorie du changement de la personnalité de Gendlin	67
Théorie de l'experiencing	69
L'échelle d'experiencing	70
Applications de l'échelle d'experiencing	72
Caractéristiques des personnes âgées résidant à domicile et en foyer d'accueil à l'égard des narrations sur les souvenirs et l'état de santé	75
Caractéristiques des populations à l'égard du facteur de la santé	76
Caractéristiques des populations à l'égard de la narration de souvenirs anciens	79
Rappel de la problématique et hypothèse générale...	82
Formulation de l'hypothèse générale	84
Chapitre II: Description de l'expérience	85
Pré-expérimentation	88
Questionnaire et procédure	88
Critique méthodologique	89
L'expérimentation	92
Description de l'échantillon	92
A. Le groupe résidant en foyer d'accueil	94

B. Le groupe résidant à domicile	94
La mesure du processus expérientiel:	
L'échelle d'experiencing	95
Description du matériel narratif brut	98
A. Procédure de cueillette des données	98
B. Le questionnaire	99
C. Transcription du matériel narratif.....	101
L'évaluation des narrations en niveaux d'experiencing	101
Formation des juges	102
Contrôle de fidélité des juges	102
Processus de cotation	104
Hypothèses	104
Chapitre III: Présentation des résultats	107
Analyse statistique des résultats	108
Traitement des données	111
A. Test de Wilcoxon	111
B. Test U de Man-Whitney	112
Résultats de l'analyse de la distribution des scores d'experiencing	113
Analyse de la distribution des scores des deux narrations	114
Hypothèse H1	114
Hypothèses H2A et H2B	117
Analyse de la distribution des scores des populations à l'égard de chaque narration	123
Hypothèse H3A et H3B	123
Résultats supplémentaires	127
Effets de l'âge	127
Effets de la note (/10) d'évaluation de la santé subjective	129
Différence entre le mode et le sommet	131
Résumé	132

Chapitre IV: Discussion des résultats	134
Conclusion	158
Appendice A	163
Appendice B	165
Appendice C	169
Remerciements	173
Références	174

Sommaire

Cette recherche vise à comparer les niveaux de proximité à soi exprimés dans la narration de souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé, chez une population de personnes âgées.

La variable dépendante de cette étude est le niveau d'experiencing tel qu'évalué au moyen de l'échelle d'experiencing. Quatre juges entraînés ont coté les niveaux d'experiencing à partir des verbatims de deux narrations portant sur les souvenirs anciens et sur l'évaluation subjective de la santé. L'échantillon de sujets compte 60 personnes âgées, dont 30 résident en foyer d'accueil et 30 résident à leur domicile. Les hypothèses stipulent qu'il existe une différence de processus expérientiel exprimé entre la narration de souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé. Cette même tendance est attendue chez les personnes âgées institutionnalisées et demeurant à domicile. Finalement, la dernière série d'hypothèses stipule que les deux groupes de sujets diffèrent l'un de l'autre à l'égard de chacune des narrations.

L'analyse statistique des résultats confirme en partie les

hypothèses en démontrant des différences significatives de distribution des scores d'experiencing entre les deux narrations recueillies auprès des deux groupes expérimentaux. Les personnes âgées résidant en foyer d'accueil ont démontré cette même tendance, tandis que les personnes âgées demeurant à domicile n'ont pas manifesté de différences entre les narrations sur les souvenirs anciens et sur l'état de santé. La dernière série d'hypothèses a été infirmée, les deux groupes ont réagi de façon similaire face aux deux types de narrations. Il est à noter que ces résultats ne s'appliquent que pour l'experiencing évalué au sommet (le plus haut niveau atteint dans l'extrait), et non pas au mode (niveau moyen utilisé), cette dernière mesure n'ayant engendré aucun résultat significatif. De plus, des analyses supplémentaires révèlent que les personnes âgées de moins de 80 ans démontrent une différence significative de distribution des scores obtenus entre la narration de souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé, cette tendance n'est toutefois pas retrouvée auprès des gens âgés de plus de 80 ans.

Globalement, cette recherche démontre qu'il est possible d'analyser l'investissement affectif dévoilé par la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé. De plus, les résultats obtenus démontrent que plus de sujets révèlent leurs sentiments et commencent à décrire leur personnalité lorsqu'ils

parlent de leur santé physique que lorsqu'ils parlent de leurs souvenirs.

Néanmoins, la distribution anormale des scores obtenus a restreint sur le plan qualitatif l'interprétation des données. Il est suggéré que des recherches futures utilisent une méthodologie accompagnant les sujets dans une démarche expérientielle favorisant l'atteinte de niveaux d'experiencing plus élevés, ou d'utiliser une autre grille d'évaluation de proximité à soi.

Introduction

Les conversations spontanées des personnes âgées ont souvent trait à la narration de leurs souvenirs d'enfance ou encore à leurs malaises physiques. Ces propos sont toutefois fréquemment reçus avec une connotation négative. Ils peuvent en effet facilement être vus comme une forme de "radotage" ou de repli sur soi. Du côté de la recherche scientifique, peu d'attention a été portée à ces phénomènes. Pourtant plusieurs intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle nous dirons que ces types de narrations donnent souvent des indices intéressants sur les traits de personnalité de l'individu âgé et sur sa façon d'envisager la vie.

Il se peut fort bien que la narration de souvenirs et l'entretien sur l'état de santé puissent avoir un bon potentiel révélateur au plan de la personnalité. Et si cette intuition s'avère juste, ce matériel pourrait être très utile aux divers intervenants s'intéressant au vieillissement, car cette stratégie permettrait d'accorder de l'importance au vécu subjectif des individus, d'autant plus que ces données sont directement accessibles et n'exigent pas la passation de longs tests ou questionnaires.

Bien que peu d'approches théoriques se soient penchées sur ces deux types de narration, on en trouve une certaine mention dans la littérature. Les narrations de souvenirs sont déjà reconnues pour leur valeur diagnostique. Quelques auteurs (Mosak, 1958; Neugarten, 1977; Olson, 1979) suggèrent que cette procédure permet de relever différents affects et traits de personnalité exprimés par la personne. Pour ce qui est de l'entretien direct sur la santé subjective, certains chercheurs (Balier, 1976; Corin, 1985; Hickey, 1980; Leventhal, 1984) stipulent que ce type de narration révèle comment la personne se considère et perçoit son propre vieillissement.

C'est ainsi que cette recherche explorera le potentiel révélateur au plan clinique, de deux types d'extraits narratifs, le plus ancien souvenir et un entretien sur la santé du sujet, en terme de proximité à soi. Dans quelle mesure la personne âgée est-elle en train de dévoiler son expérience intime, ses sentiments, son vécu intérieur dans ces types de narrations? Voilà l'objet spécifique de cette recherche.

Les personnes âgées vivant à domicile et celles qui sont institutionnalisées n'investissent peut-être pas de la même manière ces deux types de propos. Plusieurs recherches en gérontologie (voir Gorney, 1968; Tobin, 1972) ont d'ailleurs fait valoir des différences importantes à cet effet selon le

lieu de résidence. Il s'avère donc pertinent de comparer des groupes résidant à domicile et en foyer d'accueil, en ce qui a trait à la façon dont ils font état de leur souvenirs et de leur santé.

Pour ce qui est de la mesure du potentiel révélateur des narrations, peu d'instruments de cotation existent pour mesurer le processus de proximité à soi révélé dans les verbalisations des individus. L'échelle d'experiencing développée par Klein, Mathieu, Gendlin et Kiesler (1969), dont l'application est suggérée pour ce genre d'analyses est apparue à prime abord, capable de mesurer le niveau d'investissement personnel dans les narrations. En effet, la notion d'experiencing issue de la théorie du changement de la personnalité développée par Gendlin (1964) qui y est mesurée recouvre le concept de proximité à soi que nous souhaitons mesurer.

Le présent travail se divise donc en quatre parties. Dans un premier chapitre, les principaux concepts théoriques (approche narrative, souvenirs d'enfance, état de santé subjectif, experiencing) de même que les principales recherches qui inspireront l'hypothèse de cette recherche seront explicités. Le second chapitre décrit l'expérience réalisée pour vérifier l'hypothèse et présente l'instrument de mesure utilisé, soit l'échelle d'experiencing. Le troisième chapitre

concerne l'analyse des résultats obtenus. Et, enfin, le quatrième chapitre interprète ces mêmes résultats.

Chapitre premier
Contexte théorique

Ce premier chapitre se divise en deux parties. La première touche le contexte théorique et expérimental propre à cette recherche. Il débutera par une clarification de ce qu'est l'approche narrative et explicitera les différents modes d'interview permettant d'obtenir ce type de matériel. Les deux contenus narratifs particuliers qui font l'objet de cette étude, soit les souvenirs d'enfance et l'état subjectif de santé, seront introduits. Ensuite, la théorie du changement de la personnalité élaborée par E.T. Gendlin (1964) sera brièvement présentée. Les éléments conceptuels fournis par cet auteur permettront de comprendre la notion de l'experiencing sous l'angle de son processus, et la valeur révélatrice du niveau de proximité à soi dévoilé par des contenus narratifs. Finalement, les différences à l'égard du facteur de la santé entre les populations approchées dans le cadre de cette recherche (personnes âgées résidant à domicile et en foyer d'accueil) seront apportées.

En fin de chapitre, un rappel de la problématique soulevée par cette revue de la littérature conduira à la formulation des objectifs et de l'hypothèse générale de la présente recherche.

L'approche narrative

La première partie de ce chapitre débute par la présentation de l'approche narrative comme telle. Dans un premier temps, une clarification de ce qu'est l'approche narrative et des différents modes d'interview (interview structurée, non-structurée et semi-structurée) permettant d'obtenir ce type de matériel sera apportée. Le narratif étant propre aux sciences interprétatives, il sera mis en parallèle avec le modèle expérimental conventionnel, qui s'avère plus restrictif sur le plan de la pleine expression des vécus intérieurs. Il sera également question de la valeur thérapeutique et clinique engendrée par l'utilisation du narratif dans les plans de recherche. Dans un deuxième temps, les avantages de l'application de l'approche narrative sur l'étude du vieillissement seront soulevés, démarche permettant de justifier l'utilisation d'une telle approche dans la présente étude.

L'insatisfaction soulevée par les approches scientifiques conventionnelles a amené les tenants de diverses allégeances à explorer de nouvelles avenues pouvant se substituer aux questionnaires écrits standards. En effet, les interviewés racontent souvent des anecdotes personnelles lorsqu'ils répondent à des questionnaires. En général, les chercheurs d'allégeances traditionnelles ne reconnaissent pas ces anecdotes parce que les méthodes d'interview standards tendent à

les supprimer, ou vont traiter ce phénomène comme étant un problème difficile à codifier et à quantifier. Pourtant, plusieurs auteurs sont convaincus que les narrations peuvent être analysées de façon systématique permettant de générer des résultats riches et significatifs. L'approche narrative se veut être une de ces alternatives.

Le narratif est en fait appliqué dans plusieurs disciplines, notamment en gérontologie, où des chercheurs ont adopté cette technique à des fins d'études sur la réminiscence et la santé (Costa et Kastenbaum, 1967; Havighurst et Glasser, 1972; Tobin, 1972). De plus, les historiens utilisent l'approche orale depuis longtemps afin de recueillir des éléments historiques n'apparaissant pas dans les documents officiels de l'époque étudiée (Myerhoof et Tufte, 1975; Vansina, 1965). L'historien Thompson (1978), ajoute qu'en plus de la valeur informative qu'elle suscite, l'histoire orale permet de mousser la valeur personnelle de la personne interrogée tout en favorisant l'étude du caractère unique de chaque histoire de vécu individuel.

Il apparaît donc pertinent de clarifier dès maintenant ce qu'est l'approche narrative en psychologie. L'approche narrative est une méthode de recherche qui favorise l'échange verbal entre l'intervieweur et l'interviewé afin de permettre

l'étude du vécu subjectif individuel. Selon Shaffer (1980, voir Mishler, 1986) et Bachelor et Joshi (1986), le narratif provient de l'expérience que nous avons du monde et de notre désir de décrire cette expérience verbalement. Il reflète la compréhension que nous avons des événements rapportés. C'est pourquoi l'entrevue orale est une des procédures couramment utilisée comme mode d'accès au vécu subjectif individuel. Pour sa part, Mishler (1986) soutient que le but de l'approche narrative est de comprendre ce que les individus veulent dire lorsqu'ils répondent aux questions des chercheurs. Par cette méthode, il est ensuite possible de décrire leurs expériences intérieures suivant certains critères d'analyses, d'autant plus que les sentiments, les buts, les besoins et les valeurs de la personne sont incorporés dans les contenus narratifs. De plus, Robinson et Hawpe (1986) soulignent qu'un des apports importants du narratif pour l'étude de la personnalité est qu'il demeure dans le champ des expériences interpersonnelles usuelles.

L'approche narrative comporte certaines spécifications. Tout d'abord, la façon privilégiée de recueillir du matériel narratif est l'interview. Selon les divers auteurs consultés, il existe trois grandes catégories d'interview soit: de type structuré, non-structuré et semi-structuré. Le type d'interview sélectionnée peut jouer un rôle important pour ce qui est

de la richesse du matériel recueilli. Donc, les trois types d'entrevues qui ont été mentionnés seront analysés en rapport avec la qualité clinique du matériel pouvant être obtenu avec ces méthodes.

L'interview structurée

Tout d'abord, l'interview structurée provient de l'utilisation de questionnaires standardisés faisant appel à des réponses standardisées analysées quantitativement. La mesure quantitative est intrinsèquement liée à l'utilisation d'instruments restreignant la cueillette des données à certaines catégories de réponses ou d'analyses prédéterminées auxquelles sont rattachées des valeurs numériques (Bachelor et Joshi, 1986). Le modèle expérimental conventionnel considère les questionnaires comme étant des "stimuli et des réponses" et non comme une forme de communication. Cette approche a mené à la standardisation des questions et des comportements de l'intervieweur de manière à ce que tous les répondants reçoivent le même stimulus. Cohler (1982) commente que cette suppression du concept d'échange et l'importance accordée à la standardisation sont souvent restrictifs pour étudier les perceptions que les individus ont d'eux-mêmes et du monde qui les entoure. Néanmoins, l'interview structurée est une stratégie légitime quand le chercheur sait quelles sont les

questions importantes et quels types de réponses sont attendues (Mishler, 1986).

L'interview non-structurée

L'interview non-structurée se caractérise quant à elle comme étant une stratégie de recherche flexible, son but étant de susciter du matériel riche et détaillé pouvant être utilisé à des fins d'analyses qualitatives. L'interview non-structurée est souvent considérée comme étant de type qualitatif. Dans une analyse qualitative, les données sont recueillies sans chercher à assigner les expériences ou comportements des individus à des catégories prédéterminées comme c'est le cas dans les questionnaires ou tests typiques. Les données qualitatives fournissent de la profondeur et du détail car elles sont plus longues et plus détaillées, et varient plus sur le plan du contenu que les données quantitatives. Toutefois, leur analyse est plus ardue parce que les réponses ne sont ni systématiques, ni standardisées (Bachelor et Joshi, 1986).

Selon cette optique, l'interview est considérée comme étant un entretien entre deux personnes, c'est pourquoi l'essence même des questions et des réponses repose sur le contexte où elles sont posées et sont conjointement produites par l'intervieweur et le répondant (Oakley, 1981). Les travaux de Paget (1982) abondent dans ce sens. Le mode d'interview

qu'elle a utilisé dans ses recherches auprès de médecins et d'artistes vise à encourager les répondants à parler en leur laissant autant de latitude que possible concernant les contenus abordés. Elle constate que les questions qu'elle pose ne révèlent pas nécessairement de la neutralité de sa part, mais son intérêt personnel à comprendre les perceptions du répondant face à un domaine précis (art contemporain, pratique médicale) guide ses répliques. L'auteur soutient que cette façon de questionner crée une situation où le répondant est également engagé dans une recherche de compréhension.

L'interview non-structurée favorise donc la pleine expression des vécus individuels, et permet l'analyse de données qualitatives.

L'interview semi-structurée

L'interview semi-structurée se situe entre les deux autres types d'entrevues qui ont été abordées plus haut. Le but premier d'une interview semi-structurée est d'accorder suffisamment de latitude au répondant tout en exerçant un certain contrôle sur le phénomène à l'étude afin de pouvoir réaliser des mesures quantitatives. L'interview semi-structurée implique un type de recherche combinant plusieurs sortes de mesures et d'analyses. Tout d'abord, la formulation des questions posées dépend du phénomène à l'étude et elles

doivent comporter une certaine homogénéité (le même stimulus présenté à tous les sujets) tout en permettant aux sujets de décrire leurs perceptions et leur monde intérieur. Une des façons de mener une entrevue semi-structurée est de poser une question "maîtresse" qui est posée intégralement à tous les sujets. La tâche de l'intervieweur est de passer du général au particulier, ses questions subséquentes s'ajustant aux réponses obtenues afin de clarifier le plus possible l'expérience du sujet (Bachelor et Joshi, 1986). Justement, Lazarsfield (1935), un des grands pionniers en enquête, a suggéré cette approche, qui a été adoptée par plusieurs générations de chercheurs par la suite.

En fait, l'entrevue semi-structurée comprend certaines caractéristiques de l'analyse qualitative et quantitative dans la mesure où l'accent est porté sur l'expression des vécus personnels tout en rattachant des valeurs numériques au matériel brut d'entrevue, par l'application d'une grille de cotation spécifique à la problématique étudiée. Même si cette stratégie de recherche semble à première vue moins pragmatique que les schèmes expérimentaux standards, il s'avère que ces derniers ne sont pas nécessairement plus fidèles et valides que l'approche narrative, et ne sont pas moins vulnérables à l'intrusion du biais du chercheur que ceux où l'on interroge des gens en entrevue (Bachelor et Joshi, 1986). En effet,

toute situation de recherche est abordée selon une certaine perspective qui définit la stratégie de recherche et l'analyse des données.

L'entrevue semi-structurée comporte donc de nets avantages sur le plan méthodologique pour les études de la personnalité car, tout en favorisant la pleine expression des vécus individuels, cette approche permet d'établir une structure précise pour le recueil des données. Ceci facilite l'analyse quantitative et permet l'application de grilles d'analyse au matériel d'entrevue.

Cette approche comporte également des avantages cliniques additionnels. Selon Baum (1980), il y a de grands bénéfices thérapeutiques reliés à l'approche narrative. Les interviews favorisant l'expression des sentiments de la personne peuvent l'aider à prendre conscience et même solutionner divers problèmes. Robinson et Hawpe (1986) ajoutent que le narratif peut apporter des éléments diagnostiques intéressants. De plus, Bellak (1963) soutient que les narrations de fantaisies ou de faits réels, les histoires de T.A.T (Thematic Apperception Test) de même que les productions littéraires sont des productions qui sont toutes en relation significative avec la personnalité de l'individu impliqué.

Certaines catégories de narrations peuvent donc donner

accès à des traits de personnalité révélateurs chez l'individu. Etant donné que le narratif constitue une des matières premières de l'entrevue thérapeutique, son application dans le domaine de la recherche clinique semble logique, d'autant plus que cette stratégie suscite du matériel d'analyse intéressant. L'utilisation de l'approche narrative apporte également d'autres bénéfices, car les effets de cette méthode ne sont pas les mêmes que ceux obtenus par le biais des questionnaires traditionnels. Le narrateur, au lieu de succomber à la fatigue et au stress va demeurer alerte, et même démontrer un intérêt accru suite à l'attention qui lui est accordée et à l'obligation morale qu'il se donne à bien répondre.

Application de l'approche narrative à l'étude sur le vieillissement

L'étude du vieillissement amène les chercheurs à adopter de nouvelles méthodologies s'adaptant mieux aux besoins des personnes âgées. En effet, la plupart des tests psychologiques reposent sur une méthodologie qui s'avère souvent inappropriée pour cette population. Plusieurs études ont été effectuées avec des instruments dont la validité auprès des personnes âgées n'avait pas été éprouvée (Cronbach, 1980; Linn & Linn, 1984; Neugarten, 1977). Ces instruments provoquent des difficultés de passation, les questionnaires standards étant généralement trop structurés, les tests projectifs utilisant

quant à eux des stimuli vagues, qui peuvent créer de la résistance et de l'angoisse chez la personne âgée. De plus, ces instruments de mesure ne tiennent généralement pas compte de la motivation, de l'état de fatigue et de la diminution des habiletés motrices et perceptuelles de ce groupe d'âge (Lieberman et Tobin, 1983; Oberleder, 1962). A cet effet, Butler (1980) a souligné que l'utilisation de méthodes standardisées limite souvent les individus en les privant de l'opportunité de s'exprimer dans leurs propres termes. C'est pourquoi Fiske (1974); L'Ecuyer (1978); Merriam et Dimmock (1985) et Neugarten (1972, 1973) suggèrent une alternative aux approches conventionnelles de la personnalité, soit l'étude des perceptions, c'est-à-dire comment la personne se perçoit et s'explique. D'ailleurs, Johnson (1976) est d'avis que l'expérience de vie individuelle est une variable importante à considérer en recherche gérontologique, car les chercheurs négligent souvent les perceptions des individus en faveur des hypothèses qu'ils ont préalablement choisies ou créées afin d'expliquer un phénomène particulier. Cette approche permettrait de mieux connaître la personne âgée, car les diverses théories sur le vieillissement proposées jusqu'à maintenant n'ont pas accordé suffisamment d'importance au caractère unique de l'histoire de vie de chaque individu, préférant se référer aux caractéristiques et expériences communes vécues par les personnes âgées.

Résumé

L'approche narrative constitue un mode d'accès privilégié au vécu perceptuel de l'âge, car elle favorise l'étude du caractère unique de la personne en l'interrogeant sur son expérience vécue par rapport à un phénomène particulier. Le narratif comporte des effets positifs, à la fois sur le plan méthodologique car il s'adapte bien aux besoins et aux limites spécifiques rencontrés au troisième âge et sur le plan clinique, car cette stratégie permet de vérifier si les contenus narratifs donnent accès au vécu intérieur de l'individu, étant donné qu'on lui donne l'opportunité de décrire comment il se perçoit et s'explique. Evidemment, les contenus narratifs recueillis dépendent des phénomènes qui intéressent le chercheur et qui guident par le fait même ses questions.

Trois grandes catégories d'interview ont été répertoriées (structurées, non-structurées et semi-structurées). L'interview semi-structurée semble comporter de nets avantages sur le plan méthodologique, car elle apporte une certaine rigueur du côté quantitatif, tout en favorisant la libre expression de l'individu âgé.

Le narratif est une méthode prometteuse. D'ailleurs quelques auteurs en gérontologie s'y sont intéressés et ont adopté cette technique à des fins d'études sur les premiers

souvenirs d'enfance et sur l'évaluation subjective de l'état de santé. Les deux prochaines sections de ce chapitre seront axées sur ces types particuliers de narrations auxquels s'attache précisément la présente recherche.

LES SOUVENIRS ANCIENS

Les croyances populaires affirment que les personnes âgées sont fixées sur leurs souvenirs et sur leur passé. D'ailleurs les souvenirs anciens constituent un champ d'intérêt en recherche sur le vieillissement et forment par le fait même une des catégories de narratif les plus étudiées. Plusieurs raisons expliquent cette préoccupation. L'étude de la personnalité de l'agé est assez complexe car l'espace dans le temps est plus prolongé qu'aux autres étapes de la vie, la stabilité ou l'instabilité des traits de personnalité sont difficiles à mesurer directement, et les effets d'un passé assez étendu sont souvent difficiles à dissocier du vécu présent de l'individu (Neugarten, 1977). Ainsi, il est très difficile d'ignorer ces variables car les personnes âgées tirent leur identité des expériences qui leur sont propres et uniques (Merriam et Dimmock, 1985).

Une question se pose donc: se pourrait-il qu'en faisant état d'un de ses souvenirs, la personne âgée soit impliquée dans un processus faisant en sorte qu'elle se révèle en tant

qu'individu? L'exploration de la valeur révélatrice de ce type de narration en relation avec la personnalité de l'agé serait alors intéressante, d'autant plus que cette procédure contourne les limites engendrées par l'utilisation de tests standards auprès de cette clientèle.

La deuxième partie du contexte théorique porte donc sur un des contenus narratifs spécifiques à cette recherche, soit les souvenirs anciens. Dans une première section, les souvenirs anciens seront considérés selon l'optique de la psychologie individuelle. Ensuite, une distinction entre la réminiscence au troisième âge et le rappel de souvenirs sera apportée. De plus, les propriétés spécifiques de ces narrations comme mode d'accès aux besoins émotionnels et adaptatifs des âgés seront soulevés. Finalement, le processus d'introspection remarqué avec le vieillissement et l'analyse des affects révélés dans les souvenirs seront abordés. Il est à noter que le champ d'étude entourant le rôle des souvenirs et de la réminiscence au troisième âge est très vaste et couvre une variété d'approches. Pour les fins de cette étude, une attention particulière sera accordée à la valeur révélatrice des affects et du mode d'investissement personnel engendré par ce type de narration auprès des personnes âgées.

Les souvenirs anciens considérés selon l'optique de la psychologie individuelle

Plusieurs chercheurs en gérontologie se sont intéressés aux souvenirs anciens, mais bien avant que ce courant d'étude ne se soit penché sur ce phénomène, l' cole de la psychologie individuelle avait déjà élaboré un cadre conceptuel inhérent à l'utilisation clinique de ce matériel. Bien que les différentes approches relevées dans les études gérontologiques sur les souvenirs ne tirent pas leur compréhension de ce mode de narration à partir des fondements de l' cole adlérienne, il semble à propos d'aborder tout d'abord cette problématique suivant cette  cole, afin d'avoir un aperçu de ce qui s'est fait dans ce domaine, d'autant plus que la psychologie individuelle est encore à ce jour une des seules approches qui ait utilisé les souvenirs comme base d'évaluation de la personnalité. De plus, les différents auteurs qui seront cités dans cette section sont tous d'allégeance adlérienne.

La signification et l'interprétation des premiers souvenirs est une des principales découvertes de la psychologie individuelle. Le recueil de ce type de matériel permet d'avoir accès aux toutes premières manifestations du style de vie de la personne. Le style de vie se développe très tôt dans l'enfance. Dès l'âge de 4 ou 5 ans, l'enfant a déjà complété son entraînement lui permettant d'établir une opinion de lui-même

et de son environnement. Les expériences deviennent assimilées et sont utilisées conformément au style de vie qui guide l'individu vers son idéal à atteindre. Le style de vie influence donc nos perceptions. Ainsi, nous ne sommes pas influencés par des faits, mais plutôt par l'opinion que nous avons de ces faits. Adler, l'instigateur de cette approche, soutient en fait que le style de vie reflète l'unité et la consistance de la personnalité.

Selon Hafner et Fakouri (1984), si nous savons ce que les individus se remémorent de leur enfance, nous pouvons savoir selon quels concepts ils fonctionnent, conformément à leur structure cognitive et leur logique individuelle. Les souvenirs anciens sont indispensables à l'étude des structures de base de la personnalité. Alfred Adler considère que:

Lorsqu'ils sont adéquatement compris et mis en relation avec le reste de la vie d'un individu, les souvenirs anciens portent toujours sur les intérêts centraux de la personne. Les souvenirs anciens donnent des indices très valables pour étudier la direction que prend un individu. Ils peuvent être utiles pour évaluer les valeurs de la personne, et ce qu'elle considère comme dangers à éviter. Ils nous aident à voir la sorte d'environnement dans lequel la personne a l'impression de vivre, et la manière avec laquelle elle a appris à voir ce monde étant petite. Ils éclairent les origines du style de vie. Les attitudes de base qui ont guidé un individu tout au long de sa vie et qui prévalent encore dans sa vie actuelle, sont reflétées

dans les fragments qu'il a sélectionnés
pour abréger ses sentiments envers la vie.
(Adler, 1937; p.284)

La psychologie individuelle considère donc les souvenirs d'enfance comme des sélections, des distorsions ou des inventions du passé s'ajustant au tempéramment, aux buts et aux intérêts de la personne. Olson (1979) soutient que l'individu met l'emphasis ou se souvient de ce qui supporte son comportement courant et sa logique interne et minimise ou oublie ce qui ne lui est pas utile.

Il faut toutefois noter que tout rappel du passé n'est pas nécessairement considéré comme un souvenir, car l'école adlérienne émet certaines spécifications permettant l'évaluation et l'interprétation de ce matériel. Selon Mosak (1958), un souvenir se rapporte à un événement qui ne s'est produit qu'une seule fois, tandis qu'un rapport constitue un sommaire d'incidents qui se sont produits plus de deux fois. Les détails sont donc perdus, les événements remémorés étant combinés ensemble pour former un récit général. C'est pourquoi les rapports sont moins significatifs, étant moins spécifiques et pauvres en contenu. Toutefois, Mosak souligne que quelques cliniciens accordent une signification égale aux souvenirs qui font état d'un incident unique et aux rapports se référant aux généralités de l'enfance.

La temporalité du souvenir (le moment où s'est produit l'incident remémoré) exerce également un rôle non négligeable. Il semble que les souvenirs plus récents sont influencés par l'humeur présente de l'individu, tandis que les souvenirs anciens reflètent ses attitudes de base envers la vie. C'est pourquoi les tenants de la psychologie individuelle ont établi arbitrairement que le souvenir doit s'être déroulé avant l'âge de 10 ou 11 ans, afin d'avoir pleinement accès aux origines du style de vie.

**A. Valeur projective et diagnostique
des souvenirs anciens**

La psychologie individuelle considère que tout ce que la personne choisit de se remémorer de son enfance est relié à sa façon présente de voir la vie et peut être utilisé projectivement afin de comprendre son style de vie. Le caractère projectif du souvenir provient du fait que le sujet croit rapporter un événement objectif sans savoir qu'il révèle sa personnalité. Il n'est donc pas important que le souvenir raconté soit réel ou non, ce qui importe c'est la perception que l'individu a de cet événement (Taylor, 1975, voir Baruth et Eckstein, 1978). Verger et Camp (1970) ajoutent que la méthode des souvenirs anciens est une des techniques projectives qui peut être employée pour évaluer la dynamique de la personnalité d'un individu. Lieberman (1957), qui toutefois n'est pas

d'allégeance adlérienne, ajoute que les avantages à utiliser les souvenirs d'enfance en tant que test projectif sont la facilité et la rapidité à obtenir ce matériel, de même que la possibilité qu'ils offrent d'établir des comparaisons avec d'autres types de matériel projectifs. D'ailleurs, Altman (1973) a pu conclure que les premiers souvenirs fournissent des indices importants pour l'étude du tempérament et de la personnalité.

En plus de leur valeur projective, les souvenirs anciens ont un potentiel diagnostique non négligeable. Adler s'est évidemment intéressé à la valeur clinique des souvenirs anciens, car cette méthode faisait partie du traitement psychologique qu'il offrait à ses patients. D'après ses observations cliniques, il a pu énoncer certaines tendances reliées aux problématiques vécues par ses clients et exprimées dans leurs souvenirs. Einstein et Ryerson (1951), de même que Jackson et Sechrest (1962) ont affirmé qu'il existe une relation entre le type de souvenir remémoré et le diagnostic clinique de patients suivant des traitements psychiatriques.

Sur le plan clinique, la narration de souvenir est une méthode permettant d'évaluer les progrès et les changements thérapeutiques. A cet effet, Mosak (1958) soutient que les souvenirs d'enfance sont consonnants avec le champ de référence

de l'individu. Lorsque les attitudes de base de la personne changent au cours de la thérapie, ses souvenirs anciens changent aussi. Des rapports cliniques indiquent que le patient produira de nouveaux souvenirs, en oubliera certains, fournira le même souvenir qu'au début de la thérapie mais dépouillé de sa tonalité émotionnelle originale, ou remaniera ses souvenirs en apportant des ajouts et des omissions de manière à ce que l'incident demeure le même, mais que le message qu'il contient soit différent.

En résumé, les souvenirs anciens permettent d'étudier les structures de base de la personnalité, car ils donnent accès aux origines du style de vie, selon la perspective adlérienne. Ayant des propriétés projectives, la technique du souvenir ancien est utile pour établir une évaluation psychologique rapide, pour établir un diagnostique différentiel et sert d'outil au processus psychothérapeutique. Il existe toutefois des lacunes méthodologiques concernant l'analyse des souvenirs anciens. Peu d'instruments utilisant de façon objective et à des fins statistiques les éléments provenant des souvenirs sont disponibles. Wynne et Schaffzin (1965) ont souligné la valeur théorique et pratique des souvenirs anciens pour l'étude de la personnalité. Ils soutiennent qu'il existe une barrière à leur utilisation plus étendue à cause du manque de systèmes de cotation adéquats. Selon les auteurs, de tels instruments

devraient être objectifs, facilement cotables, et d'une portée raisonnablement étendue, permettant ainsi d'analyser le contenu émotionnel des souvenirs anciens. Altman (1973) a développé une grille de cotation reposant essentiellement sur la théorie adlérienne. Toutefois, cette grille est restrictive lorsqu'on s'intéresse à l'étude générale de la personnalité et des affects, car ce système porte sur la mesure de l'intérêt social, un concept développé par Adler.

L'analyse des affects exprimés dans les souvenirs anciens est donc une approche prometteuse si on suit le raisonnement de Verger et Camp (1970) et de Olson (1979) qui stipulent que l'expression de sentiments dans la narration de souvenirs apporte des éléments permettant une interprétation plus approfondie de la personnalité, car l'individu livre son monde et ses perceptions intérieures.

B. Résumé

Dans cette revue de la littérature concernant l'interprétation et la signification des souvenirs d'enfance selon la psychologie individuelle, nous avons vu que les souvenirs anciens constituent une méthode simple permettant une évaluation rapide de la personnalité, ce qui s'avère un atout majeur pour le "testing" des personnes âgées. Toutefois, l'interprétation des souvenirs basée sur cette approche présuppose une

certaine adhésion à la psychologie individuelle, car elle s'inscrit comme étant une composante de l'ensemble de la théorie de la personnalité d'Adler, ce qui place les souvenirs anciens dans un cadre théorique bien précis. Cette revue de la littérature apporte des éléments très utiles concernant le recueil des souvenirs, tout particulièrement au niveau des consignes. La prochaine section portera donc sur le phénomène de la réminiscence au troisième âge. Il est à noter que les auteurs qui suivent n'ont pas d'affinité avec la psychologie individuelle, cette école ayant été présentée pour l'intérêt qu'elle suscite au plan de l'interprétation des souvenirs et de la personnalité.

Distinctions entre la réminiscence et le rappel de souvenirs

Le phénomène de la réminiscence au troisième âge a été plus investigué que celui des souvenirs anciens comme tel. En fait, la réminiscence englobe de multiples facteurs et sa portée s'en trouve par conséquent plus élargie que pour les souvenirs anciens.

Toutefois, il semble y avoir peu de consensus en ce qui concerne la portée et la signification exacte de ce phénomène. Havighurst et Glasser (1972) définissent la réminiscence comme étant une fixation au passé et une rétrospection à la fois intentionnelle et spontanée. D'autres ont défini la réminis-

cence comme étant la narration d'un passé remémoré (Lieberman et Falk, 1971) et comme étant l'action ou le processus de rappel du passé (Butler, 1963). La réminiscence revêt donc diverses formes, selon les auteurs qui s'y sont intéressés.

Les principaux courants théoriques sur la réminiscence découlent des écrits d'Erikson (1950, 1957) et de Butler (1963), qui spécifient que les personnes âgées analysent leurs expériences passées dans le but de réaliser une certaine acceptation et intégration de leur vie. Erikson appelle ce processus "l'intégrité du soi", qui est la dernière tâche développementale de son schème théorique. Selon Erikson, la conscience de l'approche de la mort précipite un besoin chez la personne âgée à revoir et évaluer son expérience de vie. Ainsi, si la personne a accepté son cycle de vie tel qu'il s'est déroulé et n'ayant pu en aucune manière être changé, alors elle ressentira un sens de l'intégrité au lieu du désespoir.

Quant à Butler, il nomme ce processus le "life review". En fait, le life review opérationnalise dans une certaine mesure le concept d'intégrité du soi développé par Erikson. Butler a postulé que le life review est un processus qui est déclenché par la prise de conscience de l'approche de la mort. Le life review est caractérisé par un retour progressif de la

conscience vers les expériences passées et plus particulièrement vers les conflits non-résolus qui peuvent être revus et réintégrés. Si ces événements sont réintégrés adéquatement, ce processus prépare la personne à sa propre mort, et atténue ses peurs. Butler ajoute que le life review est modelé par les expériences actuelles de l'individu, et les résultats atteints sont affectés par les traits caractéristiques que la personne a développés au cours de sa vie. L'intérêt de Butler est de savoir comment la réminiscence spontanée peut être utile à l'adaptation face à la mort pour l'agé. Cependant, pour Butler, le life review et la réminiscence ne sont pas synonymes. Néanmoins, le life review inclut la réminiscence.

La plupart des recherches portant sur la réminiscence ont tenté de mesurer les phénomènes de la satisfaction face à la vie (Havighurst et Glasser, 1972; Merriam et Cross, 1981; Oliveria, 1977); à l'adaptation au stress et au vieillissement (Costa et Kastenbaum, 1972; Lewis, 1971; Lieberman et Falk, 1971) au fonctionnement cognitif (Hughston et Merriam, 1982; McMahon et Rhudick, 1967) et à l'intégrité du soi (Coleman, 1974; Lewis, 1973). Sommairement, ces études suggèrent que la réminiscence fonctionne en tant que mécanisme adaptatif ou facilite la réorganisation de la personnalité au cours de la vieillesse.

D'autres considèrent que la réminiscence et l'identification à son passé peuvent servir de mécanisme de défense pour certaines personnes âgées, de même que la glorification du passé peut être utile pour préserver le respect de soi-même malgré des situations présentes négatives (Butler, 1980; Lewis, 1973; Lieberman et Tobin, 1983). De plus, en réaction à la diminution de contrôle qu'elles peuvent exercer sur leur vie, lorsque confrontées avec l'instabilité de leur environnement, les personnes âgées peuvent développer un surcroît d'intérêt et d'implication dans leur passé comme une manière de rétablir le contrôle sur leur vie. Le passé remémoré peut ainsi devenir une importante source de gratification et d'échange social. Toutefois, peu de conclusions peuvent être tirées en ce qui concerne la nature et le degré de ces relations.

La réminiscence revêt donc divers aspects. D'ailleurs, Coleman (1974) a répertorié trois catégories de réminiscences, soit la simple, l'informative et le life review. La réminiscence simple (action linguistique référant à un passé lointain) est ce qui a été le plus investigué dans les recherches. Quant à la réminiscence informative, elle est semblable au "story telling" décrit par McMahon et Rhudick (1967) et son principal but est le divertissement ou comme Coleman le note, de raconter des événements passés afin d'enseigner à autrui des leçons tirées de son expérience personnelle. La troisième catégorie

de réminiscences, le life review, est tirée de la théorie de Butler (1963) qui a été brièvement décrite précédemment.

La réminiscence simple décrite par Coleman et recueillie sous forme orale partage donc certaines caractéristiques avec les souvenirs anciens décrits par l'école de la psychologie individuelle, étant donné qu'il s'agit de deux formes de narration semi-structurées permettant la libre expression des vécus individuels. Parallèlement, Tobin (1972) affirme que les souvenirs anciens impliquent un processus focussé qui se distingue nettement de la réminiscence spontanée.

En résumé, le phénomène de la réminiscence implique plusieurs processus distincts, même qu'il semble y avoir peu de consensus en ce qui concerne sa signification et sa portée exacte (Merriam, 1980). Néanmoins, il est possible d'apporter une certaine distinction entre les souvenirs anciens et la réminiscence. Les souvenirs anciens constituent une forme de réminiscence, toutefois, ces deux concepts ne sont pas équivalents, mais ils partagent des caractéristiques communes. En fait, peu d'écrits ont porté sur les souvenirs anciens des personnes âgées, mais un certain nombre d'auteurs se sont intéressés à la réminiscence au troisième âge. Ceci peut être dû à la croyance populaire qui veut que les personnes âgées font plus usage de la réminiscence que les plus jeunes, et que

les personnes âgées, plus qu'aux autres étapes de la vie, sont fixées sur leur enfance. Mais la plupart des recherches sur la réminiscence menées auprès de sujets de tous les âges suggèrent que la réminiscence n'est pas propre qu'aux âgés et ce tant au plan du contenu qu'en terme de quantité.

La présente section de la revue de la littérature touchera donc à la réminiscence orale simple qui s'apparente fortement aux souvenirs, ce qui nous permettra de considérer la portée des souvenirs anciens et les avantages qu'ils comportent dans l'étude de la personnalité au troisième âge.

Le processus d'introspection et le vieillissement

Quelques auteurs ont souligné que le facteur de l'âge exerce une influence sur le processus d'introspection. Neugarten, Havighurst et Tobin (1964), d'après leurs recherches effectuées auprès de personnes âgées à l'aide de tests projectifs, de questionnaires et d'interviews, ont observé qu'il existait des changements intrapsychiques avec l'âge: soit le passage d'un mode de contrôle actif vers un mode passif de relation avec l'environnement, et un changement d'orientation externe (outer-world) à une orientation vers le monde interne (inner-world), ce qui démontre une plus grande intériorité. Les recherches de Lieberman et Tobin (1983) suggèrent également que les personnes âgées engagées dans un processus de bilan de

vie (voir Erikson, 1957), montrent davantage d'anxiété, de fortes réactions émotionnelles et sont penchées activement sur leur passé. Il existe donc un fort lien entre l'âge et l'introspection de même qu'une association entre le degré d'introspection et le processus de bilan de vie. Ensemble, ces résultats suggèrent qu'un bas niveau d'introspection caractérise les vieux vieillards (plus de 80 ans) parce que la majorité ont déjà accompli leur bilan de vie. Lieberman et Tobin spéculent donc que les jeunes vieux démontrent un haut niveau d'introspection parce que la plupart d'entre eux sont au plein centre de leur bilan de vie.

Analyse des affects révélés dans les souvenirs

Cette revue de la littérature nous a révélé jusqu'à maintenant que les souvenirs anciens permettent d'avoir accès à certaines structures de la personnalité. Ayant des propriétés projectives, cette technique peut être utile pour établir une évaluation psychologique rapide, pour établir un diagnostic différentiel et peut servir d'outil au processus thérapeutique. Les souvenirs anciens révèlent donc les besoins et intérêts présents de l'individu, et permettent par ricochet d'analyser leur potentiel révélateur et le mode d'investissement personnel découlant des verbalisations.

Plusieurs recherches démontrent que les souvenirs sont

liés de près à l'expérience actuelle de l'individu. Les réminiscences ne sont jamais remémorées parfaitement, elles représentent une réorganisation des impressions passées afin de satisfaire les besoins émotionnels présents (Kvale, 1977; Lewis, 1973). Toutefois, la littérature empirique en ce qui concerne l'association entre la réminiscence et les états émotionnels présents est inconsistante, mais supporte le lien entre les affects ou les conflits exprimés dans les souvenirs et les états émotionnels de l'individu (Haan et Day, 1974; Tobin 1972). Par exemple, lorsque les personnes âgées racontent leurs souvenirs, elles ne semblent pas conscientes que leurs narrations sont activement influencées par leurs préoccupations présentes. Il semble donc que la synthèse du souvenir ancien est le résultat d'une réorganisation active d'événements passés qui facilite les besoins adaptatifs présents de la personne âgée (Tobin, 1972). Par surcroît, il s'avère que les individus qui ont perdu leur conjoint, leurs capacités physiques, des objets personnels qui leur étaient chers, etc, peuvent être plus portés à penser au passé associé à ces pertes (Giambra, 1977; Lewis, 1973).

Il existe plusieurs façons d'analyser la valeur diagnostique des souvenirs anciens, en étudiant par exemple leur contenu manifeste, les personnages impliqués dans l'histoire racontée et leurs rôles joués ou les émotions exprimées. A cet égard,

la plupart des chercheurs s'entendent pour dire que le contenu émotionnel des souvenirs anciens est un facteur important à considérer pour ce qui est de leur analyse. Plutchik, Platman et Fieve (1970) se sont justement penchés sur cette question.

Ainsi, l'intérêt de cette recherche consiste en l'application du système de cotation de contenu émotionnel développé par Wynne et Schaffzin (1965) à des souvenirs anciens recueillis auprès de personnes maniaco-dépressives. Leur approche est dérivée de la théorie des émotions de Plutchik (1962), qui assume l'existence de huit émotions primaires, qui peuvent se combiner de multiples façons afin de produire tous les états émotifs possibles. Deux séries de souvenirs anciens ont été obtenus de ce groupe de patients afin de déterminer la consistance avec laquelle les individus rapportent des incidents identiques à deux moments différents. Chaque patient a reçu la consigne d'écrire ses trois premiers souvenirs d'enfance. Lors de la seconde visite à la clinique externe, le patient devait à nouveau écrire ses trois premiers souvenirs. Une moyenne de sept semaines espaçait les visites.

Deux conclusions majeures ont ainsi pu être tirées concernant les souvenirs anciens: (1) il est possible d'évaluer d'une façon fidèle leur contenu affectif; (2) la moyenne des scores d'affects obtenus tend à demeurer constante si les souvenirs

sont demandés à l'intérieur d'une période de deux mois. Les auteurs suggèrent de reprendre l'étude en comparant un groupe de personnes qui sont affligées de maladies physiques chroniques avec un groupe contrôle, car il semble qu'une longue histoire de maladie et d'hospitalisation peut affecter le degré avec lequel des individus vont utiliser des affects négatifs dans le rappel des souvenirs.

D'autres recherches, dont celle effectuée par Costa et Kastenbaum (1967), ont porté sur la qualité de l'implication émotionnelle des individus alors qu'ils font part de leurs souvenirs.

Cette recherche visait à explorer la structure psychologique des centenaires. A cette fin, 276 personnes âgées entre 100 et 103 ans ont été interviewées. Des concepts développementaux dérivés de la théorie de Kastenbaum ont été appliqués afin d'analyser les items reliés au plus ancien souvenir, à l'événement le plus excitant de leur vie, l'événement historique le plus important de même que leurs ambitions futures. Les souvenirs anciens ont été les items les plus fréquemment répondus (88% des personnes ont répondu à cette question). Dans le but d'analyser le processus par lequel les centenaires se situaient par rapport à leurs expériences passées, l'implication personnelle manifestée par l'individu a été mesurée.

Ainsi, si la personne racontait son souvenir avec vitalité et beaucoup de détails, sa relation à cet événement était classifiée comme étant émotionnellement impliquée. D'un autre côté, si la personne semblait se souvenir de l'événement comme étant un fait objectif ayant fait partie de sa vie, alors sa relation avec l'événement était classifiée comme étant une perspective. Les résultats des analyses effectuées ont démontré que seulement 30% des gens étaient impliqués émotionnellement dans le rappel de leurs souvenirs anciens. Il y avait néanmoins une tendance relativement plus élevée à être impliqué affectivement par les souvenirs qui se rapportaient à un passé lointain qu'à un passé plus récent.

Etant donné que la réminiscence est reliée de près à l'expérience actuelle de l'individu, le contenu des souvenirs de divers groupes de gens âgés serait susceptible de refléter des différences inter-groupe. D'ailleurs, Havighurst et Glasser (1972) croient que le contenu des réminiscences diffère selon les groupes et les catégories de gens interrogés. De plus, dans une recherche qu'il a effectuée, Tobin (1972) a étudié l'utilité des souvenirs anciens comme données de recherche.

En plus de révéler les affects, les souvenirs anciens offrent également l'opportunité de déterminer les préoccupa-

tions présentes de l'individu, notamment à l'égard des pertes reliées au vieillissement et à l'institutionnalisation. L'exploration de l'évaluation des effets de l'institutionnalisation sur la reconstruction de souvenirs anciens a donc nécessité le développement d'un index mesurant l'expérience affective occasionnée par ce stressor environnemental sévère.

Tobin (1972) s'était basé sur les recherches de divers auteurs qui avaient comparé des échantillons de personnes âgées institutionnalisées et résidant dans la communauté. Ces recherches indiquaient que l'institutionnalisation était caractérisée par un accroissement de pertes narcissiques, et que l'expression de ces pertes est plus prononcée dans les souvenirs des gens résidant en foyer d'accueil. C'est ainsi que Tobin a développé une échelle ordinale où des niveaux plus élevés de pertes seraient reliés à une plus grande manifestation de pertes vécues. Il est à noter que même si elles résidaient encore dans la communauté, les personnes qui étaient sur une liste d'attente avaient vécu des événements déclencheurs (maladies physiques et divers changements environnementaux) qui amènent l'institutionnalisation. Une analyse de la distribution des scores des trois échantillons a ensuite été effectuée. Ainsi, le pourcentage de pertes sévères de santé ou de mort (niveau 4 et 5 sur l'échelle) est plus élevé pour l'échantillon institutionnalisé (47%) que pour

l'échantillon provenant de la communauté (28%) ou de ceux figurant sur la liste d'attente (24%). Ces résultats confirment l'hypothèse que les stressseurs environnementaux sont reflétés dans les souvenirs des personnes institutionnalisées, qui vivent vraisemblablement plus de pertes narcissiques. Les souvenirs anciens seraient donc influencés par les préoccupations présentes qui sont particulièrement stressantes pour les personnes âgées résidant en foyer d'accueil. De plus, le pourcentage des gens en liste d'attente est comparable à celui obtenu par ceux habitant dans la communauté. Ceci porte à croire que l'institutionnalisation comme telle affecte la reconstruction des souvenirs, qui ne seraient pas influencés par les changements radicaux qui amènent les personnes âgées à faire des demandes d'admission en centre d'accueil.

En dépit du fait que la valeur diagnostique des souvenirs anciens est reconnue, il existe peu d'instruments utilisant de façon objective les éléments provenant de l'analyse de ce type de narratif. Mis à part l'échelle de cotation des pertes développée par Tobin (1972), la majorité des échelles reposent sur l'évaluation du concept adlérien de l'intérêt social. Zarski (in Baruth et Eckstein, 1978) a répertorié quatre instruments mesurant ce concept, qui ont été créés par Crandall (1975), Greever (1973), Reimanis (1966) et Altman (1973). L'application de ces instruments restreint toutefois leurs

utilisateurs dans une perspective très spécifique qu'est l'intérêt social, et ne permet pas d'analyser l'implication personnelle de l'individu.

Application de l'échelle d'experiencing pour l'analyse des affects révélés dans les souvenirs

La majorité des études citées ont tenté d'évaluer les affects exprimés dans les souvenirs, mais leurs analyses étaient généralement plus fondées sur l'évaluation de contenus affectifs que sur la qualité et le processus inhérents à l'expression des affects. L'évaluation du degré avec lequel l'individu dévoile sa personnalité lorsqu'il parle de ses souvenirs n'est donc pas opérationnalisable si l'on suit les méthodologies proposées par les différents auteurs consultés. C'est pourquoi l'utilisation d'une grille d'évaluation telle que l'échelle d'experiencing (Klein et al., 1969) sera proposée, car elle permet d'évaluer la façon avec laquelle l'individu se rapporte à ses sentiments et permet d'évaluer la qualité de son expérience personnelle et subjective (une description de cette échelle sera donnée plus loin dans le présent chapitre). Un des avantages de l'échelle d'experiencing est qu'elle permet d'analyser la qualité des verbalisations de l'individu sans s'attarder à des catégories de contenu. De plus, cette échelle est applicable à toutes les catégories de narrations, ce qui la rend plus polyvalente que les grilles

d'analyses de souvenirs conventionnelles, particulièrement à des fins d'analyses comparatives entre diverses formes de contenus narratifs.

Très peu de recherches ont utilisé la grille d'experiencing afin d'évaluer des narrations portant sur les souvenirs, mis à part deux études particulières.

La première application de l'échelle d'experiencing pour évaluer les changements développementaux a été présentée par Gorney (1968) et Gorney et Tobin (1969). Dans son article et sa thèse de doctorat, James Gorney a exploré la relation entre l'âge, le niveau d'experiencing et les modes de réminiscence de 172 personnes âgées. Les réponses données par les sujets à des questions ouvertes formulées de façon à susciter des narrations introspectives selon huit formes différentes d'états affectifs ont été cotées d'après le niveau d'experiencing en utilisant l'échelle de Gendlin. L'évidence de la validité de l'application de l'échelle à ce nouveau type de données a été supportée par l'évaluation de la stabilité des scores au cours d'un an et demi et en testant la relation entre les scores d'experiencing et un instrument de cotation de l'habileté à se centrer (focussing ability, Klein et al., 1969). Etant donné que l'habileté à se centrer et l'échelle d'experiencing sont supposées mesurer le même construit, une corrélation positive a

été trouvée, supportant la validité de la mesure d'experiencing. L'hypothèse de Gorney stipulant une relation négative entre l'âge et le niveau d'experiencing a été supportée. Il s'est également avéré que les modes d'experiencing variaient en fonction du niveau d'experiencing; les individus démontrant un haut niveau sur l'échelle montrant plus souvent un style de réminiscence de type life review, tandis que les individus démontrant un bas niveau d'experiencing étaient plus portés à montrer des patrons de réminiscence de type "résolution de problèmes" ou de "fuite du passé" (flight from de past).

Lieberman et Coplan (1969, voir Klein et al.) ont aussi appliqué l'échelle d'experiencing à des données provenant de sujets âgés qui étaient subseqüemment classifiés selon leur proximité à la mort sur le plan temporel. Les cotes accordées selon le niveau d'introspection différaient significativement entre les groupes proches et loin de la mort. Malheureusement, les auteurs n'ont pas décrit la nature du matériel recueilli et coté, le mode choisi de cotation, ou la forme de l'échelle utilisée.

La narration de souvenirs anciens est une méthodologie qui comporte également un autre avantage non négligeable, surtout à des fins d'études gérontologiques. En effet, l'agé est habituellement prêt à parler de son passé. Cette observation

est en contraste avec les résistances que les personnes âgées manifestent à l'égard des tests projectifs standards (Costa et Kastenbaum, 1967; Neugarten, 1977; Tobin, 1972). La consigne qu'est de demander des souvenirs est habituellement perçue par l'ainé comme étant un intérêt porté à son bien-être et une reconnaissance de sa valeur personnelle.

Résumé

Dans cette deuxième partie du contexte théorique, les souvenirs anciens ont été considérés selon la perspective de la psychologie individuelle. Dans un deuxième temps, l'étude de la personnalité de l'agé par le biais des souvenirs anciens a été abordée. En résumé, la psychologie individuelle considère que les souvenirs anciens permettent d'étudier les structures de base de la personnalité car ils donnent accès aux origines du style de vie. Ayant des propriétés projectives, cette technique est utile pour établir une évaluation psychologique rapide, pour établir un diagnostic différentiel et sert d'outil au processus thérapeutique. Cette méthode donne donc accès aux traits de personnalité persistants dévoilés dans les souvenirs et révèle du même coup les besoins et les intérêts présents de l'individu.

Les recherches sur la réminiscence et les souvenirs anciens au troisième âge tendent à corroborer les mêmes observations. De plus, la réminiscence joue un rôle

supplémentaire lors de la vieillesse, soit de faciliter le processus de bilan de vie. La réminiscence peut donc donner accès à différents traits de personnalité et processus reliés au vieillissement, d'autant plus qu'on remarque une relation entre l'âge et la proximité à soi chez les aînés. Ainsi, la méthodologie suggérée par la psychologie individuelle s'adapte très bien aux personnes âgées, d'autant plus que cette stratégie de recherche peut répondre à des besoins intérieurs chez cette clientèle. Nous avons également vu qu'il est possible d'évaluer les affects exprimés dans les souvenirs et plus particulièrement le processus d'experiencing. La mesure du processus expérientiel exprimé dans les souvenirs anciens semble donc être une stratégie supportée par cette revue de la littérature, afin de voir si la personne âgée est près d'elle-même et se révèle lorsqu'elle parle de son passé. De plus, tout indique que l'âge et le milieu de vie peuvent influencer le rappel des souvenirs, variables qui s'avèrent intéressantes pour les fins de cette recherche.

La santé subjective

Il est reconnu que les aînés ont plus de problèmes de santé que les gens plus jeunes. D'ailleurs, les plaintes somatiques constituent une forme de discours fréquemment entretenus par les personnes âgées. En fait, plusieurs intervenants oeuvrant auprès de cette clientèle remarquent que

les personnes âgées se définissent souvent par l'expression et l'évaluation qu'elles font à propos de leur état de santé.

Il ne faut pas associer vieillesse et mauvaise santé, toutefois, la santé se révèle être une préoccupation majeure au dernier tiers de la vie. Pourtant, plusieurs auteurs soutiennent que plus de 80% des aînés s'estiment en bonne santé, même si la majorité d'entre eux sont affligés de problèmes physiques (Berger et Mailloux-Poirier, 1989). Ainsi, la santé auto-évaluée reflète un aspect différent de la santé objective et allie diverses composantes psychologiques qui peuvent influencer la façon dont la personne se perçoit. L'analyse des narrations tirées des évaluations subjectives de la santé chez les aînés serait par conséquent intéressante, principalement en ce qui a trait à la valeur révélatrice des affects et du processus introspectif engendré par ce type de discours particulier. C'est justement dans cette optique que se déroulera le développement de cette section de chapitre.

Dans un premier temps, l'analyse du mode d'investissement personnel dévoilé par l'entretien sur la santé sera abordée. Ensuite, la santé subjective et son rapport avec diverses attitudes et traits de personnalité seront présentés. De plus, les facteurs influençant la perception subjective de la santé de même que son rapport avec la santé objective feront l'objet

d'une autre section. Ensuite, la santé subjective sera définie en fonction de son mode d'évaluation, à savoir par le biais de mesures quantitatives ou par le biais de questions ouvertes. Finalement, une dernière section portera sur le processus d'introspection suscité par l'entretien direct sur la santé.

Analyse du mode d'investissement personnel dévoilé par l'entretien sur la santé

La santé est une notion qui n'a longtemps été abordée que sous son angle médical et instrumental. Tandis que les sciences humaines commencent à explorer de plus en plus ce phénomène, plusieurs professionnels de la santé accordent eux aussi une importance croissante aux facteurs psychologiques sous-jacents aux divers problèmes physiques. Etant donné que l'objet de cette recherche ne consiste pas à passer en revue les multiples écoles et approches médicales, seuls les écrits qui ont étudié la santé comme mode d'expression du vécu subjectif personnel seront abordés.

Leventhal (1984) s'est intéressée de près à la valeur révélatrice de la santé subjective. En plus d'aborder cette variable sous son aspect médical, elle s'est penchée sur sa valeur signifiante pour la personne. L'auteur souligne que les personnes âgées font souvent état de plaintes somatiques auxquelles elles prêtent une multitude d'interprétations personnelles, et il s'est avéré que ces interprétations jouent

un rôle non négligeable sur l'évolution de l'état de santé de la personne. Cette perspective comporte d'autant plus d'intérêt du fait que les plaintes somatiques sont susceptibles de révéler certains traits de personnalité. Corin (1985) parle ainsi de maladies signifiantes, qui renvoient à la manière dont la personne a investi son corps comme moyen d'expression. En fait, l'analyse des problèmes physiques permet de mieux comprendre les mécanismes à travers lesquels les personnes peuvent se donner des repères renforçant leur identité.

La maladie lors de la vieillesse est somme toute une question épineuse. D'un côté, il faut bien reconnaître qu'une diminution de capacité physique réelle apparaît avec l'avance en âge, et d'un autre côté, plusieurs personnes âgées font état de plaintes relatives à leur état de santé tandis que les symptômes énumérés sont souvent plus reliés à un vécu douloureux qu'à des problèmes d'ordre physiques. Néanmoins, ces deux composantes ne sont pas exclusives, elles s'avèrent présentes mutuellement. Quelques auteurs se sont donc penchés sur le concept de la maladie au troisième âge, et plus particulièrement sous l'angle de l'expression de la personnalité.

Balier (1976) a analysé la place de la maladie dans le

champ de la personnalité. Il s'interroge en fait sur le rapport qui existe entre le vieillissement du corps biologique et la façon dont ce corps est investi par l'individu en vieillissant. Selon lui, les symptômes identifiés par les médecins, ainsi que les handicaps inhérents au vieillissement biologique, se combinent avec des troubles psychologiques, pour établir divers modes de relations de la personne âgée avec son environnement.

Ainsi, Balier identifie deux types de maladies en rapport avec leur relation dans le champ de la personnalité, soit les maladies circonscrites et les maladies totalisantes. Par l'appellation de maladie circonscrite, Balier entend que la personne ne se sent pas envahie par la maladie dans tout le champ de sa personnalité. Elle a conservé, dans le cadre du vieillissement et malgré la maladie, la maîtrise de son existence. Dans la maladie totalisante, on retrouve les personnes qui se sont laissées envahir par la maladie. Les réactions psychologiques sont telles, faites de désarroi, de dépression et d'anxiété, que la personne n'a plus de conduites actives pour essayer de lutter. Sur le plan de l'organisation la personnalité, de tels états ont une valeur de régression, qui protègent d'une angoisse qui paraît insurmontable.

Ainsi, plusieurs auteurs soutiennent que le rapport étroit

entre les registres somatiques et émotionnels chez les personnes âgées est illustré par l'importance que revêtent les plaintes somatiques comme mode d'expression de la dépression et par la présence fréquente de troubles émotifs chez les personnes atteintes d'affections (Corin, 1985; Hickey, 1980; Jarvik et Russel, 1979). De plus, Corin (1985) considère que les symptômes d'ordre émotifs viennent souvent se greffer sur un vécu douloureux, c'est pourquoi elle émet l'hypothèse que le registre corporel représente une voie privilégiée d'expression au moment de la vieillesse. Elle explique ceci par le fait que la marginalité des personnes âgées dans la société les placerait en situation de rupture avec leur environnement, amenant un blocage des émotions et leur expression selon une voie détournée. Corin ajoute que nos représentations culturelles orientent la manière dont les personnes âgées déchiffrent les signes de vieillissement de leur corps et les connotent en terme de maladie. Enfin, la maladie elle-même peut être valorisée à partir du rôle de malade qu'elle justifie et des comportements de soins complémentaires que ce rôle induit dans l'entourage. Il permet à la personne de chercher dans les attentions qu'on lui prodigue une confirmation de la valeur qu'elle possède pour son entourage. A ce niveau, la maladie peut être investie affectivement et devenir difficile à traiter tant que d'autres modes de négociations et d'insertion sociale

demeurent inaccessibles à la personne ou tant qu'elle ne possède pas d'autres moyens de réinvestir son corps comme objet d'attention.

La valeur révélatrice du mode d'investissement personnel exprimé dans la maladie n'a pas seulement été investiguée auprès des personnes âgées. L'avènement des médecines douces dans notre société, qui sont pour la plupart dérivées de la médecine orientale, a également contribué à l'augmentation de la considération des divers facteurs d'ordre émotifs et psychologiques intriqués dans la maladie. Plusieurs types de ces médecines douces tirent en fait leur compréhension du concept de la santé à partir des notions présentées par la médecine holistique. Il va sans dire que ces conceptions de l'être humain ne font pas l'unanimité. Le lecteur sera donc invité à considérer les éléments théoriques qui seront amenés sous l'angle des relations existant entre le monde physique et psychique.

Leduc (1986) apporte une définition de la médecine et de la santé holistique. La médecine holistique voit l'humain comme un organisme complexe, composé de plusieurs dimensions qui s'avèrent toutes essentielles au maintien de la santé. La maladie est vue comme une dysfonction du système total et la santé est associée à un équilibre, à une harmonie tant à

l'intérieur de l'individu que dans ses relations avec son environnement. L'évaluation de l'état de santé inclut ainsi l'analyse des valeurs du patient à l'égard de son corps, de son environnement, de ses émotions, de ses valeurs spirituelles et de son style de vie.

Larouche et Beaulieu (1985) ajoutent que selon l'approche holistique de la santé, le corps et l'esprit sont si intimement liés qu'il est impossible de les dissocier. La moindre pensée est nécessairement traduite par des transformations physiologiques. De la même manière, tout processus physiologique imprègne fortement le caractère et détermine même, dans une large mesure, l'humeur et la façon d'être. Naturellement, l'expression de la maladie peut varier à l'infini sur le continuum théorique entre des symptômes purement physiques et des symptômes purement psychologiques. Dans la réalité, l'un ou l'autre aspect prédomine, mais les deux sont toujours présents. Le langage du corps peut donc servir d'outil diagnostique psychologique selon cette perspective. Thérèse Bertherat, instigatrice de l'antigymnastique partage une vision semblable (Larouche et Beaulieu, 1985). Elle soutient que le corps n'a jamais rien oublié. Dans les raideurs, dans les rétractions, dans les douleurs des muscles, des membres et aussi du visage se lit toute l'histoire de l'individu, de sa naissance jusqu'à aujourd'hui.

Bref, selon l'approche holistique, les dimensions mentales et émotives sont considérées comme étant des aspects dynamiques impliqués dans la santé et la maladie. Cette perspective peut donc servir de piste intéressante afin d'étudier la santé subjective des aînés et les affects qui y sont sous-jacents.

La santé subjective: son rapport avec divers comportements et traits de personnalité

La santé subjective, qui sera définie dans cette recherche comme étant la façon dont la personne perçoit et évalue sa propre santé, a donné lieu à plusieurs investigations portant sur son rapport avec diverses attitudes et modes de comportements dévoilés par l'individu. D'ailleurs Maddox et Douglas (1973) ont avancé que l'évaluation subjective de la santé peut avoir une valeur prédictive sur l'état émotionnel général et comportemental de la personne.

Tissue (1972) a rapporté que la santé perçue était corrélée avec la façon dont les individus décrivent leur fonctionnement de même qu'avec la manière dont ils classifient leurs problèmes de santé. D'autres chercheurs (Palmore et Luikart, 1972; Streib 1956) ont découvert que les auto-évaluations de la santé et le niveau de satisfaction face à la vie étaient significativement reliés. Linn, Linn et Knopka

(1978) de même que Langner (1962) ont démontré que les évaluations de santé subjectives et les symptômes psycho-physiologiques étaient associés. Friedsam et Martin (1963) ont noté que les rapports subjectifs de santé étaient non seulement significativement corrélés avec la joie de vivre mais aussi avec le niveau auquel le sujet est inquiet de son état de santé et avec la conception que la personne a d'elle-même en tant qu'agée. Dans cet ordre d'idée, Linn et Linn (1984) ont trouvé qu'une faible estime de soi est souvent liée à une faible évaluation de la santé. Il semble également que le processus d'auto-évaluation de la santé joue un rôle prépondérant en ce qui a trait au niveau de fonctionnement global de l'individu (Linn, 1976). C'est pourquoi, les individus qui s'accordent une bonne évaluation sont susceptibles de mieux fonctionner, malgré certaines limitations physiques, comparativement aux individus qui évaluent négativement leur santé.

Dans l'ensemble, ces études suggèrent qu'un mauvais fonctionnement, que ce soit sur le plan physique ou psychologique, est associé avec une perception négative de la santé. De plus, il semble exister un certain lien entre la santé subjective et différentes échelles de bien-être et de perception de soi. Tout en n'écartant pas l'influence qu'ont diverses variables à caractère émotionnel et comportemental, Tissue (1972) a démontré que l'évaluation subjective de la

santé dérive d'une série de facteurs qui sont nettement en relation avec la santé. Ainsi, l'auto-évaluation de la santé n'est pas une autre mesure de moral ou d'image de soi, elle représente surtout un rapport sommaire de la façon dont les facteurs objectifs et subjectifs relatifs à la santé sont intégrés dans le champ perceptuel de l'individu. L'état général de la santé est en soi subjectif, dans le sens qu'il est plus relié à différentes perceptions de la santé qu'à des critères objectifs de condition physique.

De leur côté, Lieberman et Tobin (1983) ont examiné une grande variété de recherches et en ont conclu qu'il existe de fréquentes contradictions lorsqu'on lie traits de personnalité et maladie, et ceci peut être dû à la diversité des méthodes utilisées. D'ailleurs, Zautra et Hampel (1984) soulignent que les différentes recherches répertoriées jusqu'à ce jour n'ont pas vraiment contribué à une meilleure compréhension des composantes d'ordre psychologiques reliées à l'état de santé, c'est pourquoi ils affirment que les évaluations subjectives de la santé sont multidimensionnelles et impliquent plus que l'absence de maladie, mais aussi le bien-être physique et émotionnel. Néanmoins, la nature de ce lien n'est pas connue. Malgré cette lacune, certains auteurs soutiennent la validité et la fidélité de cette mesure (Linn et al., 1978; Maddox et Douglas, 1973; Mossey et Shapiro, 1982; Tissue, 1972).

Facteurs influençant la perception subjective de la santé

Les ressources adaptatives de l'individu, de même que la perception qu'il a de son vieillissement et de la valeur qu'il accorde à la bonne santé sont des déterminants importants en ce qui a trait à la manière dont il réagira face à l'apparition d'une maladie chronique éventuelle. De plus, il s'avère que l'âge, le sexe, le statut socio-économique et diverses composantes psychologiques sont corrélés de façon significative avec la perception subjective de la santé. Ces facteurs seront donc élaborés plus en détail.

Tout d'abord, l'âge chronologique à proprement parler jouerait un rôle non négligeable. Shanas et al. (1968, voir Tornstam, 1975) ont rapporté que les personnes âgées qui souffraient de malaises chroniques depuis longtemps ont évalué leur santé d'une manière supérieure aux les gens qui commençaient à souffrir des mêmes symptômes. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Tornstam (1975), à savoir que les individus plus jeunes auraient un niveau d'aspiration face à la santé plus élevé que les individus plus âgés. C'est pourquoi un même symptôme n'aurait pas le même effet chez ces deux groupes. Dans la plupart des cas, un faible niveau d'aspiration face à la santé aide les personnes âgées à mieux s'ajuster à divers douleurs et malaises que les individus plus jeunes. Tornstam (1975) ajoute que le degré

avec lequel la santé subjective est bonne dépend en grande partie avec qui l'individu se compare. En fait, les groupes de référence de la personne âgée déterminent son niveau d'aspiration. Ainsi donc, la présence d'une perception de soi positive ou d'une bonne santé subjective ne peut être acceptée comme étant uniquement due à une bonne santé réelle.

Au facteur d'aspiration face à la santé s'ajoute la capacité d'acceptation et d'adaptation. L'acceptation de son propre vieillissement et l'entretien d'attentes réalistes jouent donc un rôle important. D'ailleurs, Papalia et Olds (1983) soulignent que les personnes qui ont toujours considéré la santé comme un élément essentiel au bonheur peuvent être plongées dans le désespoir par l'affaiblissement de leurs facultés ou par l'apparition de douleurs ou de malaises physiques. Par contre, celles qui mettent leur satisfaction dans les relations avec les gens et dans des activités captivantes, qui n'exigent pas une santé parfaite peuvent affronter plus facilement les malaises physiques. Le processus par lequel les individus opèrent un certain détachement du corps au profit de leurs ressources intérieures, affectives et sociales jouerait donc un rôle déterminant.

Le sexe et le statut socio-économique exercent également une influence sur la santé subjective. Maddox (1964) a

démontré que les hommes étaient habituellement plus optimistes que les femmes à l'égard de leur état de santé, et il a également observé que les gens de classe sociale inférieure évaluaient négativement leur santé plus souvent que ne le faisaient les gens de classe supérieure. Une enquête menée par Santé et Bien-Etre Social Canada (1989), a rapporté des résultats semblables. De plus, cette enquête a révélé qu'un nombre important d'aînés qui évaluent leur santé comme mauvaise ou disent avoir des problèmes de santé ont pourtant une bonne autonomie.

Suite à la lecture de ces différentes données, il semble donc évident que la manière dont une personne se sent par rapport à un certain aspect de sa vie va influencer sa perception dans d'autres domaines. Conséquemment, l'évaluation subjective de la santé peut être grandement influencée par des insatisfactions ressenties par rapport à plusieurs dimensions et conséquences du vieillissement.

La santé subjective et son rapport avec la santé objective

L'intérêt pour l'étude de la santé subjective est somme toute assez récente, et ce sont surtout des recherches d'orientation médicale qui se sont penchées sur cette problématique. Malheureusement encore très peu de recherches visent à comprendre le vécu subjectif des personnes âgées à

l'égard de leur santé. On en trouve une certaine mention dans certaines études mais leur point de référence demeure plus axé sur le rapport entre la santé subjective et la santé objective que sur le mode de relation face au corps et au vieillissement. En effet, au cours des trente dernières années, les évaluations subjectives de la santé ont été étudiées selon plusieurs perspectives, dont en autres celle voulant que l'évaluation de la santé effectuée par la personne elle-même pourrait être substituée à celle du médecin (Friedsam et Martin, 1963; Heyman et Jeffers, 1963; Linn 1976; Maddox, 1973 et Suchman, Streib et Philips, 1958). Mais malgré la relation significative qui existe entre ces deux mesures, des recherches subséquentes ont découvert que la santé subjective est un construit différent de la santé objective. En effet, les résultats d'autres recherches indiquent une congruence persistante et positive entre les évaluations subjectives et objectives de la santé. Toutefois, lorsqu'il y a incongruence entre ces deux types d'évaluations, l'individu aura plus tendance à surestimer sa santé qu'à la sous-estimer, et aura généralement tendance à estimer sa santé de façon plus favorable que son médecin (Linn et al., 1978; Maddox et Douglas, 1973; Suchman et al., 1958). De plus, les évaluations subjectives de la santé s'avèrent être corrélées de façon plus significative avec le taux de mortalité (Botwinick, West et Storandt, 1978; Mossey et Shapiro, 1982). Toutefois,

même si la plupart des études ont trouvé un lien significatif entre la santé subjective et objective, Linn et al. (1980) ont recueilli des résultats inverses.

Bref, il existe un lien entre l'évaluation subjective et le statut de santé objectif, toutefois, l'évaluation subjective du statut physique constitue un aspect analytique distinct du statut de santé objectif.

La santé subjective et son mode d'évaluation

A. Les mesures quantitatives

La majorité des ouvrages portant sur la santé subjective ont tenté de quantifier ce construit par l'entremise d'échelles ordinales ou de choix de réponses. L'auto-évaluation de santé, défini en réponse à la question: "Comment évaluez-vous votre santé présentement?" est une stratégie de recherche des plus utilisées en gérontologie concernant l'étude des perceptions du statut de santé. L'individu est souvent appelé à répondre suivant un choix de réponses prédéterminé qui varie selon les objectifs et les procédures adoptés par les chercheurs. Les choix de réponses les plus simples offrent la possibilité de s'évaluer selon des catégories dichotomisées de "bonne santé" et "mauvaise santé". Cette stratégie est surtout adoptée lorsque le chercheur veut utiliser cette évaluation en terme de

variable-contrôle afin de différencier les sujets participant à l'étude.

La plupart des recherches répertoriées ont toutefois utilisé des échelles comportant de trois à cinq niveaux, dont l'extrémité positive indiquait une "excellente santé" et l'autre extrémité une "très mauvaise santé" (Linn et Linn, 1984; Maddox et Douglas, 1973; Linn et al., 1980; Santé et Bien-Etre Social Canada, 1989; Tissue, 1972; Tornstam, 1975).

Bien que ces études apportent des renseignements intéressants sur certains facteurs qui influencent la façon dont les personnes âgées évaluent leur santé, elles ne favorisent pas vraiment la libre expression des vécus individuels en rapport avec la santé. D'ailleurs, Linn (1976) soutient que les évaluations du fonctionnement individuel devraient plus tenir compte des propres perceptions du sujet à l'égard de sa santé ou de son statut fonctionnel. Dans ce sens, la méthode utilisée par Botwinick et al. (1978) visant à évaluer la santé subjective respecte ces recommandations. Dans cette recherche, l'évaluation subjective de la santé était mesurée par le sujet sur une échelle horizontale comportant un "0" à une extrémité (très mauvaise santé) et un "10" à l'autre extrémité (excellente santé). L'échelle était divisée par des traits distribués également, le sujet devait encercler le nombre sur le

continuum qui correspondait le mieux à son état de santé. Cette stratégie a l'avantage de laisser le sujet décider de la valeur qu'il accorde à sa santé sans lui soumettre des catégories de réponses prédéterminées. Cette évaluation est vraiment subjective dans le sens qu'un chiffre donné sur l'échelle peut revêtir une multitude d'explications dépendant des sujets. Ainsi, si on donnait l'opportunité aux sujets d'expliquer pourquoi ils s'accordent telle ou telle évaluation, il serait certainement possible d'avoir accès à du matériel riche d'intérêt. Cette méthode comporte néanmoins une lacune, à savoir l'impossibilité de rattacher à chacune des valeurs numériques de l'échelle une interprétation universelle. Malgré tout, cette procédure sera privilégiée dans le présent mémoire, étant donné qu'elle peut faciliter le recueil de contenus narratifs.

B. Les questions ouvertes

La méthode consistant à demander à la personne d'évaluer sa propre santé par des questions ouvertes présuppose que la santé est une problématique très personnelle, qui n'implique pas nécessairement une absence de pathologie et présuppose aussi que l'individu est non seulement un bon sujet mais est un expert en ce qui a trait à l'évaluation de sa propre condition. Cette procédure peut donc donner accès à des informations pertinentes au sujet de divers thèmes et problématiques qui

n'auraient pas été pris en considération si on n'avait pas laissé la personne s'exprimer sur ce qu'elle ressent face à sa santé. D'ailleurs, Hickey (1980) affirme que les perceptions des personnes âgées sont souvent plus pertinentes que celles effectuées par le personnel traitant. Bien que plusieurs auteurs soulignent l'influence qu'ont divers facteurs psychologiques sur le processus d'auto-évaluation de la santé, peu de recherches, mis à part Corin (1985), ont tenté d'analyser des contenus narratifs portant sur la santé subjective.

Dans son article, Corin (1985) se réfère à une étude effectuée au Québec et dont la portée est surtout exploratoire. Des questions ouvertes visaient à explorer différents thèmes, soit: la manière dont les personnes âgées définissent la santé et la façon dont le facteur âge vient éventuellement moduler cette définition; la façon dont est vécu le rapport au corps dans le vieillissement et les attitudes de base quant à la préservation de sa santé. Corin a ainsi pu commenter les lignes de force se dégageant de cette étude exploratoire. En fait, les réponses données par les sujets ont pu fournir une définition phénoménologique de ce qu'est la santé pour les personnes âgées. Les critères d'activités et d'autonomie auxquels elles se sont référés nous indiquent que lorsque les forces diminuent avec l'âge, la tension vers l'activité devient

le critère premier de santé. De plus, il s'est avéré que plusieurs personnes âgées ont résisté aux représentations sociales associant vieillissement et mauvaise santé, ou à leur propre assimilation au groupe des gens âgés. Ainsi, de manière générale, les narrations des personnes âgées sur leur état de santé nous renvoient à un discours qu'elles entretiennent sur elles-mêmes; elles font part de leurs sentiments et de leur soucis de contrôler elles-mêmes leur corps. De plus, il s'avère que les composantes et l'investissement affectif transpirant des narrations recueillies sont importantes. Cependant, l'auteur souligne qu'une des faiblesses que présente ce type d'analyses catégorisantes est qu'elles ne tiennent pas suffisamment compte des connotations particulières des réponses.

Corin met donc en évidence la pertinence d'investiguer la santé subjective sous forme de narration. Cette procédure permettrait à la personne âgée de se situer si on lui laisse assez de latitude pour s'exprimer et si l'on s'abstient de trop catégoriser les réponses données. Bien que cette approche ne soit pas encore très développée, elle semble néanmoins appropriée pour ce qui est de l'étude du mode d'investissement personnel et affectif dévoilé par l'entremise des narrations sur l'état subjectif de santé.

Le processus d'introspection et l'entretien direct sur la santé

La majorité des recherches sur la santé subjective ont tenté de la mettre en rapport avec la santé objective, ou à étudier son influence et sa valeur prédictive sur l'évolution de l'état de santé. Quelques chercheurs (Friedsam et Martin, 1963; Maddox et Douglas, 1973; Linn et al, 1978; Zautra et Hampel, 1984) ont investigué les relations existant entre l'expression de divers traits de personnalité et l'état subjectif de santé, les liens relevés entre ces variables étant plus ou moins élevés dépendant des approches utilisées. L'évidence de l'expression d'affects et de modes d'investissement expérientiels par l'entremise de l'entretien direct sur la santé nous est donc surtout suggérée par quelques conceptions théoriques. La recherche expérimentale portant sur le processus introspectif et révélateur de ce type de narratif n'en est qu'à ses débuts.

Lors de l'élaboration de la partie théorique portant sur les souvenirs anciens, l'utilisation de l'échelle d'experiencing (Klein et al., 1969) a été suggérée afin de mesurer le processus d'introspection dévoilé par ce type de narration. L'échelle d'experiencing permet de coter la qualité du processus par lequel l'individu fait référence à ses émotions et à son vécu intérieur lorsqu'il parle de son état de

santé. Evidemment, cette méthodologie ne permet pas de définir sur le plan du contenu ce qu'est la santé physique au troisième âge, mais par contre, elle peut nous fournir des indices quant à la valeur révélatrice de l'investissement personnel engendré par ce type de narration.

L'entretien direct sur la santé n'a jusqu'à présent pas été évalué spécifiquement avec l'échelle d'experiencing, mis à part une recherche effectuée par Karon et VanderBos (1969, voir Gorney, 1968). Ces auteurs ont analysé la stabilité des comportements du thérapeute en rapport avec le niveau d'experiencing démontré par des schizophrènes. Les résultats ont révélé que le thérapeute qui offre une relation stable à son patient va inciter ce dernier à atteindre un haut niveau d'experiencing. En retour, il s'est avéré que le niveau d'experiencing était non-significativement lié au fonctionnement intellectuel du client, mais fortement corrélé à l'évaluation de la santé faite d'après une entrevue d'évaluation clinique.

Résumé

Dans cette partie du contexte théorique portant sur la santé subjective, nous avons vu que l'auto-évaluation de la santé est un phénomène multidimensionnel comportant plus que l'absence ou la présence de maladie, mais donne aussi l'oppor-

tunité à l'individu de se positionner face à son individualité, à son corps et à son propre vieillissement. Malgré tout, on ne sait pas encore précisément en quoi consiste l'évaluation subjective de la santé. Néanmoins, cette lacune n'amoindrit pas la pertinence de l'utilisation de ce matériel comme mode d'évaluation du vécu personnel et de la proximité à soi.

L'experiencing (proximité à soi)

Cette section du contexte théorique a trait à la notion de proximité à soi, mieux connue sous l'appellation "d'experiencing". Tout d'abord, la théorie du changement de la personnalité élaborée par Gendlin (1964) sera brièvement présentée. Les éléments conceptuels amenés par l'auteur permettront ensuite d'aborder la théorie sous-jacente à la notion de proximité à soi; l'échelle d'experiencing sera ensuite explicitée sous l'angle de son processus. Finalement, les diverses applications de l'échelle d'experiencing seront abordées, de même que son utilisation comme mode d'évaluation de la valeur clinique de contenus narratifs, tels que les souvenirs et la perception de la santé.

La théorie du changement de la personnalité de Gendlin

L'approche centrée sur le client a fourni le cadre conceptuel permettant le développement de la notion d'experiencing, en explicitant ce qui est à la base du travail du client en

thérapie. Rogers a analysé le processus se produisant lorsque le client passe d'un état de rigidité et de distance à un stade où il vit pleinement le changement continu de ses sentiments. En définissant les étapes du progrès thérapeutique et la séquence des changements de la personnalité, Rogers a proposé une vision du fonctionnement optimal de la personnalité constituant le point ultime de ce continuum.

Le terme "experiencing" provint donc de l'élaboration de la théorie du changement de la personnalité, et plus particulièrement du concept de focalisation (focussing), qui fait référence à la façon dont l'individu se rapporte aux sentiments qu'il expérimente concrètement et immédiatement. Selon Gendlin (1964), la focalisation (habileté à se centrer sur soi) est un aspect primordial de l'experiencing, c'est la première habileté ou le premier pas à franchir pour établir un contact expérientiel. Cette habileté est spécialement importante en thérapie, apportant les moyens par lesquels les sentiments pénibles peuvent être directement affrontés et changés. La focalisation implique une séquence clinique typique qui comprend quatre phases (la référence directe, le déploiement, l'application globale et le mouvement du référent) dont la technique sera brièvement présentée.

Tout d'abord, la personne doit être en état de silence et

doit se demander intérieurement: "Qu'est-ce qui ne va pas?". Après avoir attendu un moment, une sensation corporelle de ce qui ne va pas émerge, le sentiment s'intensifiant. En poursuivant ainsi, la personne va laisser monter à la surface le sens global de ce qui ne va pas de façon plus spécifique; tout d'abord en termes physiques, et ensuite en utilisant les mots qui en découlent. Ensuite, les mots sont comparés à la sensation physique, le ressenti se transformant, ainsi que le mot ou l'image, jusqu'à ce que la personne se trouve au plus proche de son ressenti.

Il est dès lors possible de constater que la focalisation et l'experiencing mesurent le même construit, à savoir la qualité de l'implication personnelle et subjective de l'individu.

Théorie de l'experiencing

Gendlin (1962) a utilisé le terme experiencing afin de décrire le fonctionnement intérieur concret de ce qui est habituellement appelé l'expérience. L'experiencing, la dimension qui sera mesurée dans cette recherche, réfère à la qualité de l'expérience subjective et personnelle de l'individu, à la façon dont son corps et le déroulement senti de son expérience sont les données de base avec lesquelles il se comprend et se communique, et à la manière avec laquelle ces

données intérieures sont conformes à ses actions et à ses pensées. L'experiencing comporte donc trois composantes; soit un processus, un contenu et leur expression. La proximité à soi peut varier considérablement en richesse, en complexité, en intimité et en immédiateté. Donc, à un faible niveau d'experiencing, la personne est un objet à elle-même; à un haut niveau, son champ subjectif est disponible productivement comme base de communication, d'actions et de compréhension. Bref, la proximité à soi est le degré avec lequel l'individu fait référence à son vécu intérieur dans ses verbalisations. Il fait des références intérieures lorsqu'il se rapporte à ses propres sentiments et réactions; lorsqu'il cherche la signification des événements, des sentiments et des idées qu'il apporte en entrevue. Ainsi, lorsque l'experiencing se manifeste verbalement, il peut être évalué.

L'échelle d'experiencing

L'experiencing est un processus et non un trait fixe. Sa mesure dépend de la qualité avec laquelle l'individu communique son expérience personnelle concernant un aspect précis de sa vie à un moment donné.

Au degré le plus faible d'experiencing, le discours est nettement impersonnel ou superficiel. En remontant le continuum, on retrouve une progression des références person-

nelles simples, limitées et ayant trait à des événements extérieurs à des descriptions élaborées de sentiments intérieurs. Aux niveaux d'experiencing plus élevés, les sentiments sont explorés et les niveaux d'experiencing qui émergent servent de référence pour la résolution de problèmes et de compréhension de soi. Cette échelle a comme but de déterminer le degré avec lequel la personne communique sa perspective personnelle et phénoménologique et l'emploie de façon productive en thérapie.

L'échelle d'experiencing, qui comprend sept niveaux, a été élaborée de façon à diriger l'attention de l'évaluateur vers les verbalisations de l'individu et ainsi réduire le besoin d'inférer ses motivations, son état intérieur et la signification de ce qu'il dit. Du niveau 1 à 3, l'évaluateur doit déterminer si des sentiments sont exprimés et si oui, à quel degré; ici il n'y a pas lieu de déterminer la richesse et l'immédiateté de la proximité à soi de l'individu. Aux plus hauts niveaux de l'échelle, il faut déterminer de quelle façon les sentiments sont abordés. Au niveau 4, une description détaillée des sentiments est requise. A tous les niveaux au-delà de 4, les sentiments deviennent le contenu central. L'échelle d'experiencing sera présentée plus en détail au deuxième chapitre.

Il est important de souligner que même si l'échelle peut démontrer une relation existant entre les traits de personnalité sains et malsains, il est impossible de conclure qu'un niveau élevé va toujours dénoter une personnalité saine, et un bas niveau, une personnalité malsaine. De plus, l'échelle ne fait pas de stipulations sur la nature du référent, sur la coloration affective ou du contenu des sentiments, ou sur l'intensité ou l'importance des sentiments décrits. L'état émotionnel immédiat du sujet n'est pas automatiquement incorporé dans la cotation; les instants de grandes émotions sont cotés faibles si les affects ne sont pas directement reconnus ou sont élaborés de façon impersonnelle; les sentiments décrits calmement mais de façon riche et détaillée reçoivent des cotes élevées.

Applications de l'échelle d'experiencing

La notion de proximité à soi s'applique à tous les types de thérapie où le changement dans le niveau d'expression, de compréhension et de connaissance de soi est un but à atteindre, où les attitudes personnelles et les manifestations de comportements sont de quelque façon que ce soit manipulées dans la procédure du traitement. Comme outil de recherche, l'échelle d'experiencing a été conçue pour remplir un grand éventail de besoins. L'échelle est sensible aux changements de l'implication de l'individu, même à l'intérieur d'une seule

entrevue (Kiesler, 1969; voir Klein et al., 1969), ce qui la rend pratique à des fins d'étude portant sur des processus microscopiques comme par exemple, pour évaluer l'efficacité des interventions du thérapeute (Klein et al., 1969). Selon ces auteurs, l'échelle est également utile pour estimer l'efficacité de différents sujets de conversation, pour évaluer différents modes d'interaction entre les patients et les thérapeutes, ou pour établir un profil de la performance de l'individu pendant l'heure de la thérapie. Effectuer la moyenne de cotes accordées au cours de la thérapie entière ou en partie amène une estimation brute de la qualité du travail de la personne, faisant de l'échelle un outil approprié pour comparer différents groupes ou pour mesurer le changement thérapeutique.

Dans la mesure où l'échelle d'experiencing s'applique à des fins non-thérapeutiques, elle peut aussi être utilisée afin d'évaluer d'autres catégories d'interview oral ou écrit, suscitant des descriptions ou perceptions de soi (Klein et al., 1969). L'échelle d'experiencing est un index applicable à n'importe quel type d'entrevue ou partie d'entrevue. Cette mesure permet d'entamer différents types de recherche visant à évaluer les effets de techniques spécifiques. Il est donc possible d'introduire un facteur expérimental quelconque et ensuite voir ses effets sur l'échelle.

Bien que l'échelle d'experiencing ne mesure pas des traits de personnalité spécifiques, des études ont démontré que cette mesure discrimine certaines tendances psychologiques. Tout d'abord, Gendlin et Tomlinson (1967) ont remarqué que les patients qui performant bien commencent, poursuivent et finissent leur thérapie à des niveaux plus élevés que le font les patients moins performants. En fait, le niveau d'experiencing prédit significativement le succès ou l'échec, que nous analysions le début, le milieu ou la fin de la thérapie (Klein et al., 1969). En fait, si le niveau de proximité à soi aux premières entrevues est bas, il ne s'accroît généralement pas, à moins d'enseigner à la personne les techniques de références directes. De façon quantifiable, on peut parler de thérapie à un niveau de 3.5 sur l'échelle; à 2 par contre, aucune thérapie ne se produit.

D'après une étude effectuée auprès de quatorze schizophrènes en thérapie et auprès d'un groupe contrôle de quatorze personnes ne suivant pas de thérapie, Rogers et al. (1967, voir Klein et al., 1969) ont démontré que l'échelle discrimine clairement les effets de la qualité de l'expression verbale et de la motivation des clients, de l'empathie du thérapeute et de son authenticité en thérapie, variables qui en fait prédisent une bonne réussite de la thérapie.

Même si la plupart des études sur l'experiencing ont été effectuées auprès de personnes adultes suivant des psychothérapies, quelques recherches portant sur des populations spéciales telles que les personnes âgées (Gorney, 1968; Gorney et Tobin, 1969) ou sur différents types de matériels tels que des interviews suscitant des descriptions de soi (Lieberman et Coplan, 1969; voir Klein et al., 1969), prédisent des applications prometteuses à cette grille d'évaluation. Ces observations confirment la pertinence de l'utilisation de l'échelle d'experiencing dans la présente recherche, notamment afin d'évaluer la proximité à soi révélée dans les narrations de souvenirs et pour l'entretien direct sur la santé.

Caractéristiques des personnes âgées résidant à domicile et en foyer d'accueil à l'égard des narrations sur les souvenirs et l'état de santé

Suite à la lecture du contexte théorique et expérimental portant sur les souvenirs anciens et l'état subjectif de santé, il a été possible de constater que divers facteurs, dont le milieu de vie, peuvent exercer une influence considérable à la vieillesse et lors du recueil de matériel narratif portant sur ces thèmes particuliers. Une attention particulière sera accordée à la clarification des caractéristiques propres de chaque facteur d'hébergement en rapport avec les narrations qui

seront investiguées.

Caractéristiques des populations à l'égard du facteur de la santé

Le milieu de vie influence grandement l'état de santé des aînés, ce qui justifie la description des populations habitant à domicile et en foyer d'accueil dans cette section de chapitre. L'impact de la maladie peut donc affecter la vie de l'individu et par conséquent constituer une source majeure de préoccupations, qui peuvent en retour influencer la manière avec laquelle l'individu se rapportera à son vécu intérieur lorsqu'on lui demande de parler de son état de santé. D'ailleurs, plusieurs auteurs ont découvert que l'institutionnalisation est associée à la maladie, à un taux élevé de mortalité et à l'accroissement de troubles psychologiques.

Tout d'abord, pour qu'une personne âgée puisse être éligible à entrer en foyer d'accueil, elle doit être suffisamment perturbée dans ses capacités d'autonomie physique et / ou mentale de façon à nécessiter une assistance régulière et continue pour satisfaire ses besoins personnels. Par le passé, les règles régissant l'admission des âgés étaient plus souples, ce qui fait qu'il est possible de rencontrer des bénéficiaires de longue date qui semblent être en bonne santé. Néanmoins, depuis les dix dernières années, les normes d'éligibilité se sont resserrées dû à la demande croissante, ce

qui fait que la grande majorité des résidents institutionnalisés sont affectés par une mauvaise santé. Parallèlement, l'entrée dans un établissement de soins prolongés provoquerait une transformation dans la façon de vivre car pour plusieurs, cette relocalisation se concrétise par le passage de la position d'adulte autonome à celle d'un être dépendant d'autrui. De plus, Hickey (1980) ajoute que les résidents en institution sont souvent susceptibles d'accentuer leur dépendance dû à leur mauvaise santé afin de renforcer leur identité dans une période de leur vie où les rôles qu'ils avaient joués ne leur sont plus accessibles, et peut-être aussi pour attirer l'attention. Cette population est donc plus sujette à se définir par rapport à son rôle de malade.

D'un autre côté, il est difficile de délimiter clairement l'état de santé des personnes âgées demeurant dans la communauté étant donné que peu d'informations existent en ce sens. Toutefois, une enquête effectuée par le département de santé communautaire du centre hospitalier Ste-Marie de Trois-Rivières (1986) révèle que la grande majorité des personnes vivant à domicile s'estiment en bonne santé (72%) même si plusieurs souffrent d'une ou plusieurs maladies. Les chercheurs chargés de cette enquête expliquent ce résultat par le fait que le maintien à domicile favoriserait la prise en charge de l'individu car ce dernier a plus d'emprise sur son environne-

ment comparativement à celui qui réside en institution. De plus, ces personnes ont généralement un réseau d'entraide leur permettant de continuer à fonctionner malgré des problèmes de santé et de mobilité. Ainsi, l'incapacité à se sentir impliquée dans son environnement peut rendre la personne vulnérable à la maladie (Lieberman et Tobin, 1983). En effet, plusieurs personnes résidant à leur domicile associent leur gîte à l'autonomie car il s'agit souvent pour elles du seul endroit où elles peuvent se sentir rassurées par la familiarité des lieux, ce qui fait qu'elles peuvent se considérer dégagées du contrôle et des contraintes imposées par le monde extérieur.

Au facteur du contrôle sur l'environnement s'ajoute l'effet de l'âge. Tout d'abord, plusieurs auteurs stipulent que l'effet de l'âge n'est pas graduel, au contraire, il s'exerce de façon brusque et spectaculaire à partir de 80 ans. D'après les divers intervenants rencontrés pour la démarche de recrutement de résidents en foyer d'accueil, l'âge moyen des personnes institutionnalisées dans la région de Québec est de 83 ans. Ainsi, cette population entre dans la période de la vie qui est la plus associée au déclin physique. De plus, même s'il s'avère que seulement 5% des aînés vivent en institution, on estime qu'entre 20 et 25% des personnes âgées vont finir leurs jours dans ce type d'hébergement (Kennedy, 1978), ce qui indique que plusieurs personnes âgées vivant des difficultés

majeures de santé ne vivent plus dans leur résidence privée.

Par conséquent, les personnes âgées institutionnalisées ont moins de contrôle sur leur environnement, ce qui peut se solder par une tendance à se désengager et à ne plus prendre un rôle actif concernant le maintien des capacités d'autonomie (Lieberman et Tobin, 1983). Ainsi, l'état de santé chez les personnes institutionnalisées peut servir dans certains cas de renforcement de l'identité. Il n'en demeure pas moins que les individus vivant dans la communauté peuvent également se définir par rapport à leur santé, mais l'importance de l'étendue des pertes physiques réelles vécues ne sont pas les mêmes, ce qui peut affecter la perception subjective de la santé.

Caractéristiques des populations à l'égard de la narration de souvenirs anciens

Peu de recherches ont tenté de comparer les souvenirs de populations d'âgés appartenant à des milieux de vie différents, mis à part Tobin (1972) et Gorney (1968). Tobin avait comparé les souvenirs de personnes âgées résidant à domicile, en foyer d'accueil et d'autres figurant sur une liste d'attente pour entrer en foyer d'accueil. L'auteur avait trouvé que l'institutionnalisation comme telle affectait la narration de souvenirs anciens en ce qui a trait aux thèmes de pertes exprimées. Gorney (1968) a lui aussi approché trois popula-

tions d'âgés provenant des mêmes milieux de vie énoncés plus haut. L'intérêt de l'auteur était de vérifier si le niveau d'experiencing dévoilé par les individus dans leurs réminiscences était sensiblement différent. Il s'est avéré que le niveau d'experiencing moyen obtenu par les personnes âgées institutionnalisées et figurant sur une liste d'attente était significativement moins élevé que ceux résidant dans la communauté. Gorney ajoute que ces résultats sont congruents avec ceux obtenus par d'autres auteurs (Lieberman et Lakin, 1963; Lieberman et al., 1968). Il serait donc intéressant de voir si ces tendances s'appliquent aux types de narrations qui font l'objet de ce mémoire.

Ainsi, il semble que ce soit surtout le facteur de santé réelle qui distingue les deux sous-groupes de personnes âgées sélectionnés pour cette recherche. En effet, les personnes âgées institutionnalisées sont plus confrontées quotidiennement par les conséquences d'une mauvaise santé. D'un autre côté, l'inquiétude engendrée par l'éventualité que son état de santé ne se détériore peut également influencer l'impact qu'a la notion de maladie auprès des personnes âgées résidant à domicile. En fait, peu d'approches scientifiques ont pu établir des mesures basées sur les interprétations subjectives des réponses données par le biais de questionnaires, en ce qui a trait à la signification des états affectifs dévoilés. Par

conséquent, aucune recherche empirique ne peut appuyer la présomption que l'institutionnalisation peut influencer le niveau d'experiencing dévoilé par l'entremise de ce type de narration. Néanmoins, des courants théoriques stipulent que cette population précise est plus affectée par un déclin des capacités physiques et par surcroît, a souvent tendance à se définir par son rôle de malade.

D'un autre côté, Gorney (1968) a trouvé que l'institutionnalisation influençait de façon négative le niveau d'experiencing dévoilé par divers types de réminiscences. Il faut toutefois noter que les notions de réminiscence et de souvenirs anciens ne sont pas équivalentes, ce qui implique qu'il est difficile de postuler que les souvenirs anciens répondraient de façon équivalente à cette mesure de proximité à soi.

Bref, si l'on considère les deux types de narrations à l'égard du facteur du milieu de vie, deux points de vue différents doivent être considérés. D'une part, Gorney stipule que l'institutionnalisation amoindrit de façon significative la capacité d'experiencing exprimée dans les réminiscences. D'autre part, des courants théoriques soulignent que le facteur de la santé peut servir de source d'identification personnelle, spécialement chez les personnes qui vivent en institution, ce qui pourrait également exercer une influence sur le niveau

d'experiencing. La possibilité que les populations diffèrent l'une de l'autre selon ces narrations demeure tangible.

Le facteur hébergement constitue donc une variable pertinente permettant de poursuivre des analyses exploratoires quant aux différences de niveaux de proximité à soi exprimés dans la narration de souvenirs et sur l'entretien direct sur la santé.

RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE GENERALE

Cette dernière partie de ce chapitre résume les principaux éléments soulevés dans l'élaboration du contexte théorique et expérimental afin de permettre la formulation des objectifs et de l'hypothèse générale de cette recherche.

Plusieurs auteurs soutiennent que les tests psychologiques standards comportent des difficultés de passation et d'interprétation lorsqu'ils sont administrés aux personnes âgées, car ces instruments ont pour la plupart été validés auprès de la population adulte, et ils ne tiennent généralement pas compte de la motivation, de l'état de fatigue et de la diminution des habiletés motrices et perceptuelles de cette clientèle. Dans le domaine de la gériatrie, un intérêt croissant est accordé à l'approche narrative, car cette méthodologie peut fournir une meilleure compréhension de la personne âgée, étant donné

qu'elle favorise l'étude de son caractère unique et lui donne l'opportunité de s'exprimer dans ses propres termes en minimisant les effets anxiogènes provoqués par de longs questionnaires. C'est pourquoi les narrations portant sur les souvenirs anciens et sur l'évaluation subjective de la santé ont été sélectionnées, ce matériel étant fréquemment invoqué par les personnes âgées et étant possiblement porteur du mode d'investissement personnel de l'individu.

Les narrations de souvenirs sont déjà reconnues pour leur valeur diagnostique. En effet, quelques études suggèrent que cette procédure permet de relever les intérêts présents de la personne, ses affects, de même que ses traits de personnalité. Une recherche effectuée par Gorney (1968) stipule également que les réminiscences permettent d'évaluer le processus avec lequel l'individu se rapporte à ses sentiments. Pour ce qui est de l'entretien direct sur la santé subjective, aucune recherche n'a pu être répertoriée concernant l'analyse du niveau d'implication personnelle et affective exprimée. Néanmoins, plusieurs courants théoriques laissent croire que ce type de narration révèle d'une certaine façon comment la personne se considère et perçoit son propre vieillissement. La personne âgée pourrait donc être investie dans un processus de proximité à soi lorsqu'elle parle de son statut de santé physique,

d'autant plus qu'il s'agit d'une problématique personnelle impliquante.

FORMULATION DE L'HYPOTHESE GENERALE

Existe-t-il une différence de processus expérientiel exprimé entre la narration de souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé?

L'objectif de cette recherche consiste donc à comparer les niveaux d'experiencing révélés dans un souvenir ancien unique et en réponse à une question ouverte portant sur l'évaluation subjective de la santé. Cette stratégie permettra dans un premier temps de vérifier si ce type de narration est plus révélateur que ne le sont les souvenirs anciens. De plus, afin de vérifier si l'état objectif de santé et le milieu de vie influencent le processus de proximité à soi exprimé dans les narrations sur la santé et les souvenirs, une population de sujets résidant en foyer d'accueil sera comparée à une population à domicile.

Des hypothèses opérationnelles seront formulées quand la variable du processus de proximité à soi (experiencing) aura été traduite en mesure quantitative. Le chapitre suivant concernera l'ensemble des dispositions méthodologiques qui seront prises.

Chapitre II

Description de l'expérience

Le présent chapitre concerne l'ensemble des dispositions méthodologiques de cette recherche, et se divise en cinq parties distinctes. Dans un premier temps, une description de la pré-expérimentation qui a été entreprise afin de déceler les difficultés pouvant être encourues lors de l'expérimentation sera explicitée. La deuxième partie de ce chapitre est consacrée à la description de l'expérience comme telle. Une première section portera sur l'échantillon utilisé; les groupes de personnes âgées résidant à domicile et en foyer d'accueil seront décrits. La seconde section porte sur la mesure du processus expérientiel, l'échelle d'experiencing qui permet de mesurer ce processus sera donc présentée. La troisième section décrit la procédure expérimentale, le questionnaire utilisé et le matériel brut narratif recueilli pour la mesure de l'experiencing. Finalement, l'évaluation des narrations en niveaux d'experiencing sera élaborée en rapport avec la formation des juges, le contrôle de la fidélité des juges ainsi que le processus de cotation adopté. La dernière partie de ce chapitre se termine par la formulation des hypothèses opératoires relatives à cette recherche.

Pré-expérimentation

Une pré-expérimentation a permis de déceler les difficultés pouvant être encourues lors de l'expérimentation, afin de pouvoir ajuster la procédure de la cueillette des données de façon à minimiser l'effet de tout biais contrôlable. La pré-expérimentation visait trois buts principaux, soit de vérifier la pertinence de la formulation du questionnaire et des consignes relatives au recueil du matériel narratif, et fournir du matériel brut d'entrevue pour les besoins du processus d'entraînement des juges.

Pour les fins de cette procédure, huit sujets (deux hommes et six femmes) ont été rencontrés. Ces personnes étaient toutes âgées de plus de 65 ans, étaient en bonne santé physique et mentale, et résidaient à leur domicile.

Questionnaire et procédure

Le questionnaire original administré comportait deux questions ouvertes portant sur la perception subjective de la santé physique. De plus, trois souvenirs anciens avaient été recueillis dont un général, les deux derniers comportant les facteurs induits de santé et de maladie. Le questionnaire était lu aux sujets, les réponses verbales données étaient enregistrées sur magnétophone, après avoir demandé le consentement des individus et assuré la confidentialité de l'entretien.

Une consigne particulière était explicitée pour les souvenirs; le sujet était invité à raconter un événement précis s'étant produit durant son enfance. De plus, deux méthodes d'enquête ont été utilisées. Aux quatre premières rencontres, le chercheur a procédé d'une façon assez stricte en s'en tenant essentiellement au questionnaire. Les quatre dernières entrevues ont été menées suivant une stratégie plus souple permettant une certaine interaction, sans toutefois influencer les réponses du sujet (le questionnaire est présenté en appendice A). Comme suggéré par Olson (1979) et Verger et Camp (1970), l'intervieweur a suivi les verbalisations du sujet tout en l'incitant à donner le plus de détails possible; la plupart des interventions étant axées sur la clarification des sentiments exprimés car ces derniers révèlent les intérêts présents de l'individu. De plus ces informations sont essentielles si le chercheur s'intéresse au processus de proximité à soi. Il est toutefois important de ne pas inférer ni de suggérer l'expression de sentiments si le sujet ne veut pas les mentionner, le fait qu'il n'en rapporte pas est significatif en soi.

Critique méthodologique

La pré-expérimentation a permis de soulever les lacunes méthodologiques encourues par l'emploi de la procédure expérimentale adoptée. Cette analyse critique a porté

principalement sur le questionnaire lui-même ainsi que sur les consignes. Suite à la lecture des verbatims portant sur les deux questions relatives à la santé physique, il s'est avéré que les contenus exprimés avaient un caractère répétitif. De plus, les gens étaient souvent tentés de faire des généralisations sur l'état de santé des personnes âgées. Lors des dernières entrevues, l'enquêteur a modifié le questionnaire en demandant aux sujets d'évaluer leur santé sur une échelle ordinale de 10 points et ensuite d'indiquer pourquoi ils s'étaient accordé cette évaluation. Cette tentative était inspirée des recherches sur la santé subjective qui avaient employé des procédures semblables (voir Botwinick et al., 1978), permettant à l'individu d'exprimer en ses propres termes ses perceptions à l'égard de sa santé. Tout en facilitant le recueil de contenus narratifs, cette consigne avait l'avantage de fournir du matériel quantitatif intéressant pour l'analyse des données. De plus, cette procédure semblait mettre les sujets plus à l'aise et moins réticents, et leur permettait du même coup d'être plus centrés sur eux-mêmes.

Une analyse semblable a été effectuée concernant la deuxième partie du questionnaire. Etant donné que l'objectif de cette recherche est de mettre en rapport des narrations sur les souvenirs et l'état subjectif de santé, deux souvenirs semi-projectifs portant sur la maladie et la santé avaient été

demandés, histoire de vérifier si ces caractères induits pouvaient exercer une influence sur le processus d'expérimentation. Il s'est avéré que les souvenirs anciens étaient faciles à obtenir. Toutefois, les deux souvenirs semi-projectifs comportaient des difficultés de passation et d'interprétation. Plusieurs sujets avaient de la difficulté à comprendre la consigne ou à raconter un événement précis, de plus, ils relevaient très souvent des souvenirs qui s'étaient produits à l'âge adulte, ce qui entraînait nettement en contradiction avec les caractéristiques et propriétés du premier souvenir d'enfance telles que décrites par la psychologie individuelle. De plus, les souvenirs semi-projectifs n'ont pas le caractère spontané que l'on confère aux souvenirs d'enfance, le sujet étant plus porté à sélectionner ses propos. Le recueil d'un seul souvenir ancien serait donc approprié et révélateur sur le plan de la personnalité, d'autant plus que Adler (1937) et Hafner et Fakouri (1984) stipulent que le premier souvenir d'enfance est porteur des principaux traits de personnalité de l'individu.

Les observations découlant de la pré-expérimentation ont donc permis de retenir seulement deux questions portant sur la narration de souvenir et sur l'entretien direct sur la santé. Une élaboration détaillée du questionnaire et des procédures adoptées sera donnée dans la section portant sur la description

du matériel narratif brut recueilli pour la mesure de l'experiencing. Pour ce qui est des consignes subséquentes à la formulation des deux questions-maîtresses, l'utilisation d'un mode d'interview semi-structurée (voir l'approche narrative décrite dans le premier chapitre) est justifiée car, tout en respectant la présentation d'un même stimulus à tous les sujets, il leur permet de décrire leurs perceptions et de clarifier le plus possible leur expérience, ou tout au moins, leur donner la possibilité de le faire.

L'expérimentation

Description de l'échantillon

Les sujets qui ont collaboré à la réalisation de cette recherche sont au nombre de 60 et répartis selon leur appartenance à deux groupes (résidant à domicile ou en foyer d'accueil), comprenant 30 participants chacun. Les sujets des deux groupes étaient majoritairement issus de la classe socio-économique moyenne et étaient d'état civil varié, tel que le démontre le tableau 1. Trente-quatre sujets étaient âgés de moins de 80 ans, et 26 sujets étaient âgés de plus de 80 ans. Les tableaux 16, 17 et 18 présentent la répartition des hommes et des femmes selon l'âge et le facteur d'hébergement en appendice B. Pour les besoins de l'expérimentation, ils devaient tous être en bonne santé mentale et avoir conservé des facultés cognitives permettant l'atteinte d'un minimum

d'introspection. Tous les sujets ont participé à l'expérience sur une base bénévole, et lors du recrutement, ils étaient informés que l'expérimentateur s'intéressait aux souvenirs des

Tableau 1
Répartition des deux groupes de sujets selon
l'état civil et le type d'hébergement

	FOYER	DOMICILE
Mariés	3	17
Veufs	20	9
Célibataires	5	3
Séparés ou divorcés	2	1
Total:	30	30

personnes âgées et à leur vie actuelle. De plus, tous les sujets ont consenti à ce que les entretiens soit enregistrés sur magnétophone, le chercheur les ayant préalablement informés que cette procédure l'aiderait grandement dans sa démarche, et étaient par ailleurs assurés de la confidentialité des entretiens. Il est à noter que l'auteure de cette recherche a elle-même effectué toutes les entrevues individuelles.

A. Le groupe résidant en foyer d'accueil

Le groupe de sujets résidant en foyer d'accueil et choisi pour l'expérience était composé de 21 femmes et neuf hommes dont l'âge moyen était de 81 ans. Leur recrutement s'est fait dans deux centres d'accueil de la région de Québec¹, selon deux approches différentes. Tout d'abord, dans un des centres d'accueil, un membre du personnel a visité les personnes aptes à participer à l'étude et leur a demandé si elles consentaient à rencontrer une étudiante qui aimerait venir parler avec elles. Une liste des individus volontaires fut ensuite dressée, permettant la visite des personnes consentantes. Une procédure différente fut adoptée dans le second établissement, l'expérimentateur ayant lui-même présenté son projet lors d'une activité sociale organisée, et recueilli par la suite le nom et les disponibilités des personnes s'étant portées volontaires.

B. Le groupe résidant à domicile

Ce groupe de sujets était composé de 15 femmes et 15 hommes. La moyenne d'âge du groupe était de 75 ans. La majorité des participants ont été recrutés lors d'activités sociales s'adressant aux personnes âgées demeurant dans un complexe domiciliaire destiné aux individus pré-retraités et

1. Un remerciement spécial est adressé au Foyer d'accueil de Loretteville et au Centre d'accueil St-Antoine.

retraités autonomes. Le chercheur était présenté par la responsable des activités sociales, les personnes volontaires étant par la suite rencontrées afin de fixer les entrevues. Les autres aînés qui complétaient l'échantillon de sujets furent recrutés par contacts directs. Tous les sujets se sont prêtés de bonne grâce aux consignes qui leur étaient donnés, aucun sujet n'a par conséquent dû être rejeté.

La mesure du processus expérientiel: l'échelle d'experiencing

Les variables indépendantes de cette recherche étant les narrations de souvenirs et l'entretien direct sur la santé, le processus expérientiel ou le niveau d'experiencing, tel que mesuré par l'échelle du même nom en est la variable dépendante.

L'échelle d'experiencing qui sera utilisée dans cette étude est présentée dans le manuel d'entraînement élaboré par Klein et al. (1969), qui en ont effectué la validation. Ces auteurs rapportent une trentaine d'études ayant utilisé cette échelle et dont les résultats corroborent la validité de ce construit. En plus de mesurer le processus de changement thérapeutique, cet instrument permet d'évaluer d'autres types d'entrevues non-thérapeutiques suscitant des descriptions ou perceptions de soi, telles que celles étudiées dans ce mémoire.

Comme il l'a été présenté dans le premier chapitre,

l'experiencing réfère à la qualité de l'expérience subjective et personnelle de l'individu, à la façon dont son corps et le déroulement senti de son expérience sont les données de base avec lesquelles il se comprend et se communique et à la manière avec laquelle ces données intérieures sont conformes à ses actions et à ses pensées. Ainsi, l'experiencing ou la proximité à soi, est le degré avec lequel l'individu fait référence à son vécu intérieur. De plus, l'experiencing ne peut être mesuré que s'il se manifeste verbalement. L'échelle définit différentes façons de s'exprimer qui témoignent du degré de référence au vécu émotionnel et qui indiquent des degrés variés de possession personnelle des sentiments ou réactions. L'échelle comporte sept niveaux ordonnés, dont les plus bas sont représentés par un discours nettement impersonnel ou superficiel. Aux niveaux les plus élevés, les sentiments sont explorés et servent de référence pour la résolution de problèmes et la compréhension de soi.

L'évaluation des verbalisations d'une personne avec l'échelle d'experiencing comporte deux cotes pour chaque narration, soit: un mode (le niveau moyen obtenu pour chaque extrait narratif) et un sommet (le plus haut niveau atteint dans ce même extrait). Une description sommaire des sept niveaux d'experiencing donnée par Sylvestre (1987), qui s'est rapporté au manuel de Klein et al. (1969), sera donc présentée.

NIVEAU 1:

Les verbalisations, tant au niveau du contenu que du mode d'expression, sont impersonnelles. Le contenu se résume à un énoncé de faits, d'événements ou d'idées et ne contient aucune référence personnelle qui traduirait une implication.

NIVEAU 2:

L'implication du narrateur est extérieure: soit qu'il énonce son opinion, ses idées ou encore son intérêt pour un sujet ou événement. Il n'exprime pas ses réactions personnelles ou ses sentiments. Le contenu ne le décrit que de façon extérieure, comportementale, intellectuelle, superficielle.

NIVEAU 3:

Le sujet exprime ses sentiments ou réactions personnelles, mais ceux-ci apparaissent comme entièrement rattachés aux situations extérieures. Ils se présentent comme des commentaires ajoutés à propos de la situation dont il parle.

NIVEAU 4:

La personne communique ses réactions personnelles et se décrit d'un point de vue interne. Bien qu'elle puisse référer à un événement, elle n'est pas centrée sur le fait de le raconter, mais elle l'utilise pour illustrer comment elle est comme personne. Ce niveau marque le début de la référence directe; en effet, le vécu subjectif est au centre de la communication de la personne. Soulignons cependant que l'expérience vécue est présentée comme descriptive de soi et déjà connue; la personne ne cherche pas à élaborer ou explorer son vécu, elle le décrit simplement.

NIVEAU 5:

La personne explore et élabore son vécu émotionnel interne. Ici, pour répondre aux exigences d'un niveau cinq, deux aspects doivent être présents: d'abord un problème relatif à un contenu expérientiel, et ensuite une exploration de ce problème contenant des références au vécu émotionnel de façon à ce que celles-ci amènent de nouveaux éléments pouvant donner lieu à une meilleure saisie de l'expérienting. C'est l'étape de focalisation où la personne symbolise des aspects implicites de son vécu; elle accède à de nouveaux détails pertinents au problème initial.

NIVEAU 6:

Il y a une résolution de l'exploration. L'expérience de la personne prend un sens. Celle-ci vit une synthèse de ses sentiments ou d'éléments expérientiels qui sont restructurés en un tout significatif. Ces éléments sont associés à d'autres situations ou dimensions de l'expérience de la personne. Cette étape traduit un changement expérientiel de la personne et elle correspond ainsi aux étapes de la focalisation.

NIVEAU 7:

La personne exprime une ouverture à son expérience immédiate. Elle passe aisément d'une référence à l'autre. Son vécu émotionnel lui sert constamment de référent pour ses pensées et ses actions qui elles-mêmes lui servent à faire progresser son experiencinng. Ce niveau est très peu fréquent.

Description du matériel narratif brut

A. Procédure de cueillette des données

Chacun des sujets ayant consenti à participer à cette recherche a été rencontré individuellement dans son logis, le chercheur prenant soin d'entamer une discussion informelle avant d'entreprendre l'entrevue de recherche. Cette disposition avait comme but de créer un bon contact et favoriser une relation de confiance pouvant permettre à l'individu de dévoiler son vécu intérieur. Les couples mariés recrutés étaient préférentiellement interrogés séparément, de façon à ce que les conjoints n'influencent pas mutuellement leurs verbalisations. Lorsque les lieux physiques ne permettaient pas d'agir ainsi, les personnes étaient invitées à ne pas intervenir pendant que leur partenaire parlait. Une autorisation verbale

fut demandée avant chaque entretien afin d'utiliser un magnétophone, l'assurance de la confidentialité leur étant par ailleurs assurée. Etant donné que la visite de l'enquêteur constituait pour plusieurs un contact social important, les entrevues étaient menées en conséquence, leur durée moyenne variant entre 90 et 120 minutes. Les mêmes procédures ont été adoptées pour les deux groupes de personnes âgées interrogées.

B. Le questionnaire

Tel que suggéré par les conclusions générales tirées de la pré-expérimentation effectuée, deux questions accompagnées de consignes spécifiques ont été retenues pour les fins de l'expérimentation.

QUESTION 1:

J'aimerais que vous me racontiez le premier souvenir d'enfance, (quand vous étiez petit gars ou petite fille) qui vous vient à l'esprit.

Consignes

Il est important de donner l'occasion à l'individu d'exprimer les sentiments qu'il avait ressentis lorsque s'était produit l'événement remémoré, étant donné qu'une attention particulière est accordée au processus expérientiel, et que l'expression du vécu intérieur ne va pas de soi. Ainsi, les interventions sont axées sur la clarification des sentiments et prennent la forme de: "comment vous vous sentiez....

qu'est-ce que ça vous faisait?". Pour ce qui est de l'âge où s'est produit le souvenir, aucun âge limite est fixé, mais les sujets doivent relater des événements s'étant produits durant l'enfance ou au début de l'adolescence.

QUESTION 2:

Comment évalueriez-vous votre santé sur une échelle de 1 à 10 points? (une note de 10/10 serait associée à une excellente santé, une note de 5/10 à une santé moyenne et une note de 1/10 une très mauvaise santé).

Consignes

Pour donner suite à la réponse du sujet, la sous-question suivante est posée: "Pourquoi vous accordez-vous cette note?". Si le sujet omet de se donner une note et parle immédiatement de son état de santé, la question de base est à nouveau posée. Comme pour les souvenirs, l'enquêteur oriente ses interventions sur la clarification des sentiments afin que l'individu se centre plus sur son vécu et son expérience intérieure. Des questions telles que "qu'est-ce que ça vous fait quandqu'est-ce que vous ressentez..?", sont donc posées.

Etant donné que le but de l'expérimentation était de vérifier quels degrés d'experiencing sont suscités par ces deux types de narrations et que la stratégie adoptée ne s'inscrivait pas dans une démarche thérapeutique, les interventions de l'enquêteur visaient surtout à axer la personne sur

elle-même, mais ne l'accompagnaient pas dans un processus de focalisation tel que décrit par Gendlin (1964). Cette approche favorisait ainsi l'étude du matériel narratif spontané recueilli sous sa forme brute, et permettait l'analyse du potentiel révélateur des narrations choisies.

En plus du questionnaire portant sur les souvenirs anciens et l'évaluation de la santé, des renseignements descriptifs tels que l'âge de l'individu et son statut civil étaient recueillis.

C. Transcription du matériel narratif

Toutes les narrations ont été enregistrées par l'auteure de la recherche sur magnétophone. Une copie écrite de ce matériel devait donc être réalisée afin de procéder à la cotation. Une transcription verbatim des entrevues était par la suite réalisée directement sur traitement de texte. Ainsi, deux verbatims portant sur la narration de souvenirs et sur la santé étaient retranscrits. La longueur des verbatims variait entre une demi-page et une page et demi.

L'évaluation des narrations en niveaux d'experiencing

Afin d'obtenir les niveaux d'experiencing associés aux deux types de narrations données par les sujets, la cotation du matériel à l'aide de l'échelle d'experiencing fut effectuée par l'entremise de juges entraînés spécifiquement à cette fin.

Formation des juges

Quatre étudiantes en psychologie ont été recrutées pour servir de juges en vue de coter les narrations en niveaux d'experiencing. Aucune d'entre elles avait déjà suivi la formation nécessaire à l'utilisation de cette grille. Les juges ont donc suivi une période d'entraînement conformément à la méthode décrite dans le manuel de formation de Klein et al. (1969), toutefois, la traduction française de ce manuscrit (Dubé, 1985) fut utilisée. Cette période d'entraînement, qui consistait à coter du matériel extrait d'entrevues cliniques thérapeutiques, s'est échelonnée sur une période de trois mois à raison d'une rencontre par semaine. Etant donné que la tâche des juges consistait à coter du matériel non-thérapeutique, la formation a été complétée par l'utilisation de matériel narratif recueilli par d'autres étudiants et lors de la pré-expérimentation de cette recherche. Cette stratégie fut adoptée suite à la recommandation des auteurs, afin de pouvoir utiliser la grille adéquatement pour ce nouveau type de matériel qui n'avait pas fait l'objet de la formation fournie par les auteurs.

Contrôle de la fidélité des juges

Le contrôle de la fidélité des juges participant au processus de cotation s'avère une procédure essentielle afin de s'assurer que chacun des juges soit suffisamment bien entraîné

pour évaluer le matériel de recherche. Comme le démontre le tableau 2, deux indices différents de fidélité inter-juge furent donc calculés au terme de la dernière étape de formation décrite dans la manuel d'entraînement. Tout d'abord, un indice de corrélation linéaire de Pearson fut calculé entre les cotes accordées par les experts ayant collaboré à la création du matériel d'entraînement, et chacun des juges participant à la présente étude.

Tableau 2
Coefficients de corrélation entre les
juges-experts et les juges de l'étude
pour la période d'entraînement

	Mode	Sommet
Juge 1	0,80	0,72
Juge 2	0,86	0,76
Juge 3	0,92	0,85
Juge 4	0,93	0,87

$p < 0,01$

De plus, le calcul de corrélation intra-classe d'Ebel (Guilford, 1965) fut effectué, indiquant un coefficient de corrélation de 0,90 (EXP au mode) et de 0,85 (EXP au sommet) pour cette même étape. Le même calcul de fidélité fut à nouveau effectué lors de la dernière session d'entraînement ayant porté sur la cotation de matériel narratif, ce qui a

donné un coefficient de corrélation de 0,91 (au mode) et de 0,96 (au sommet). Ces taux de fidélité se comparent donc favorablement aux taux obtenus par les experts (0.76 à 0.91) au cours de recherches antérieures (Klein et al., 1969).

Processus de cotation

Le processus de cotation s'est effectué sur une période de deux semaines. L'ensemble des 120 verbatims de contenus narratifs fut divisé également entre les 4 juges participant à l'étude. Cette procédure fut justifiée par les taux de fidélité inter-juges qui satisfaisaient aux normes; chaque juge pouvait donc procéder séparément à la cotation du matériel.

Les verbatims avaient été préalablement tous mélangés au hasard et étaient recodifiés de façon à ce que les juges ne puissent pas identifier si les narratifs évalués provenaient du même individu. L'ordre de présentation entre les verbatims portant sur les souvenirs et la santé subjective avait été également alternée, de façon à ne pas influencer les évaluations.

Hypothèses

L'élaboration des hypothèses opératoires se subdivise en trois parties distinctes. Dans un premier temps, l'effet du

type de narration (souvenir et santé) sur la distribution des scores d'experiencing sera analysé. Dans un deuxième temps, l'effet de l'échantillon de sujets (groupes en foyer d'accueil et à domicile) sur la distribution des scores d'experiencing obtenus aux deux types de narration sera considéré. Finalement, la différence pouvant exister entre les deux échantillons de sujets à l'égard de la distribution des scores d'experiencing obtenus à chaque narration sera élucidée. Etant donné que chaque verbatim recevait deux cotes d'experiencing (soit un mode et un sommet), les hypothèses statistiques se voient multipliées par deux. De plus, il est à noter que les hypothèses opérationnelles sont surtout axées sur l'identité de la distribution des populations au lieu de l'identité des moyennes obtenues, la répartition des scores n'ayant pas permis d'utiliser des tests paramétriques standards (voir prochain chapitre).

Pour faire suite à l'élaboration de la méthodologie adoptée pour la réalisation de la présente recherche, les hypothèses opérationnelles seront donc définies.

H1- La distribution des scores d'experiencing (au mode et au sommet) obtenus par l'ensemble de la population pour l'entretien direct sur la santé différera significativement de la distribution des scores des narrations de souvenirs.

- H2A- La distribution des scores d'experiencing (au mode et au sommet) obtenus par les personnes âgées institutionnalisées à l'entretien direct sur la santé différera significativement de la distribution des scores de narrations de souvenirs obtenus par cette même population.
- H2B- La distribution des scores d'experiencing (au mode et au sommet) obtenus par les personnes âgées à domicile à l'entretien direct sur la santé différera significativement de la distribution des scores de narrations de souvenirs obtenus par cette même population.
- H3A- Il existe une différence entre les populations institutionnalisées et à domicile à l'égard de la distribution des scores d'experiencing (au mode et au sommet) obtenus pour la narration de souvenirs.
- H3B- Il existe une différence entre les populations institutionnalisées et à domicile à l'égard de la distribution des scores d'experiencing (au mode et au sommet) obtenus pour l'entretien direct sur la santé.

Le chapitre suivant concernera le traitement des données et l'analyse des résultats en vue de vérifier les hypothèses de cette recherche.

Chapitre III

Présentation des résultats

Ce chapitre porte sur l'analyse des résultats permettant de vérifier les hypothèses de cette recherche.

Une première section traitera des données visant à vérifier les conditions de base permettant l'utilisation de tests paramétriques standards. Ces analyses n'ayant pas satisfait à ces conditions, le traitement des données devra être effectué à l'aide de tests non-paramétriques. Les tests statistiques de Mann-Whitney et de Wilcoxon seront donc présentés. La prochaine section traitera des résultats de l'analyse de la distribution des scores d'experiencing, et sera divisé en deux sections; soit l'analyse de la distribution des scores des deux narrations, et l'analyse de la distribution des scores des populations à l'égard de chaque narration. Finalement, une dernière section traitera des résultats supplémentaires ayant pu être obtenus, soit les effets de l'âge sur le niveau d'experiencing exprimé entre chacune des narrations, les effets de la note d'évaluation de la santé subjective et les différences entre les niveaux d'experiencing évalués au mode et au sommet.

Analyse statistique des résultats

Analyse préliminaire des données

Les données recueillies dans cette recherche portent sur le niveau d'experiencing, tel qu'évalué par les juges ayant participé au processus de cotation. Rappelons que les deux narrations à l'étude ont reçu deux cotes d'experiencing chacune, soit un mode et un sommet. De plus, les scores ont été compilés selon le type de narration et selon le groupe (foyer d'accueil, domicile).

A première vue, une analyse de la variance effectuée pour les deux types de narrations et entre les deux populations serait appropriée, afin de comparer les moyennes des scores obtenus et ainsi évaluer les effets de ces variables sur les moyennes. Toutefois, des conditions spécifiques doivent être remplies afin d'utiliser cette catégorie de tests, mieux connue sous le nom de T-Test, et T-Test pairés. Tout d'abord, les scores doivent être continus et distribués normalement dans la population. De plus, les variances doivent être homogènes (Minium, 1978). Ainsi, il convient dans un premier temps de vérifier la distribution des scores d'experiencing, afin de remplir les conditions de bases exigées par ces tests paramétriques standards.

Comme le démontrent les figures 1 et 2 en page 116, les

scores d'experiencing ne sont pas distribués normalement dans la population. Si l'on considère l'ensemble de la population ayant participé à l'étude, la majorité des sujets ont exprimé les mêmes niveaux d'experiencing, particulièrement au mode. En effet, 85% des sujets ont manifesté un niveau d'experiencing de 2 dans la narration de souvenirs, tandis que 73% d'entre eux ont eu cette même cote à l'entretien direct sur la santé. Pour ce qui est des cotes d'experiencing au sommet, 63% des sujets ont reçu la cote de 3 tandis que 46 % d'entre eux ont reçu cette même cote pour l'entretien direct sur la santé. La santé évaluée au sommet s'avère être la seule narration qui a vu sa distribution s'approcher le plus près de la courbe normale. De plus, il est à noter que l'échelle d'experiencing, qui comprend 7 niveaux, n'a pas été utilisée dans toute sa totalité par les sujets. Les cotes 1,6 et 7 n'ont pas été utilisées, et seulement 7% de la population a reçu la cote de 5. Il serait par conséquent hasardeux de considérer ces scores comme étant continus.

Il est donc possible d'affirmer que la distribution des scores d'experiencing obtenus dans cette recherche ne permet pas d'effectuer des analyses de variance, car ils ne correspondent pas à la première condition d'utilisation d'un T-Test, qui stipule que les scores doivent être continus et distribués normalement dans la population.

D'autres tests statistiques sont disponibles afin de contourner les problèmes engendrés par une distribution anormale. Il s'agit des tests non-paramétriques. Ces tests se distinguent des tests paramétriques habituellement utilisés parce qu'ils ne reposent pas sur les paramètres (tels que la moyenne) d'une ou plusieurs populations. De plus, les tests non-paramétriques s'appliquent très bien aux données provenant d'échelles ordinales. Ainsi, les tests d'analyses de variance (T-Test et T-Test pairés) qui auraient normalement été utilisés dans cette recherche retrouvent leur équivalence parmi les tests non-paramétriques. Il s'agit respectivement du test U de Mann-Whitney et du test de Wilcoxon.

Il faut toutefois ajouter que les tests paramétriques sont généralement plus puissants que les tests non-paramétriques correspondants. Conséquemment, la possibilité de commettre une erreur du deuxième type (accepter l'hypothèse nulle alors que l'hypothèse de recherche est vérifiée) est accrue (Auerbach et Zinnes, 1978; Minium, 1978). Ainsi, les tests paramétriques sont plus sensibles à détecter des différences entre deux populations par exemple. Toutefois, les tests statistiques qui seront utilisés dans cette recherche sont presque aussi puissants que leurs homologues paramétriques. Un autre désavantage qu'apporte cette analyse statistique est qu'elle ne permet pas d'étudier les différences positives ou négatives

pouvant exister entre deux moyennes de scores, elle ne peut que vérifier la similitude de la distribution d'une ou plusieurs populations. Il est néanmoins possible de se référer à la classe modale de la distribution (le score ayant reçu la plus haute fréquence d'utilisation) lors de l'interprétation des résultats (Minium, 1978).

Traitement des données

Afin de comparer entre eux les deux types de narrations et les deux groupes expérimentaux, il convient d'utiliser les tests non paramétriques de Mann-Whitney et de Wilcoxon. Ces techniques servent en fait à éprouver la valeur des différences pouvant exister entre la distribution de scores obtenus auprès d'une même population et auprès de deux populations indépendantes. Ces deux techniques statistiques seront donc explicitées plus en détail.

A. Test de Wilcoxon (Wilcoxon matched-pairs signed-ranks)

Ce test détermine s'il existe une différence entre les scores obtenus auprès d'une même population; c'est pourquoi il s'apparente fortement au T-Test pairé. L'objectif de cette procédure est en fait de déterminer si les deux distributions de scores sont différentes.

Pour calculer ce test, la différence entre les paires de

variables est évaluée et elles sont mises en rang, les rangs positifs et négatifs sont ensuite additionnés. Dans les cas où il existe des égalités entre les rangs des séries de variables, la moyenne des rangs est assignée. Finalement, le test statistique Z est effectué à partir de la somme des rangs positifs et négatifs. Le rapport Z obtenu par cette analyse doit atteindre le seuil de signification de 0,05 pour rejeter les hypothèses nulles H_0 , indiquant que la distribution des scores est la même dans les deux traitements auxquels étaient soumis les sujets.

B. Test U de Mann-Whitney (Mann-Whitney U-Test)

Ce test peut déterminer s'il existe une différence entre deux populations à l'égard des scores obtenus. Tout comme pour le test de Wilcoxon, le test Mann-Whitney prend en considération la magnitude de la différence entre les scores. Ce test est habituellement considéré comme étant une excellente alternative au T-Test, lorsque l'application de ce dernier n'est pas possible. Le test de Mann-Whitney est approprié afin de déterminer si deux échantillons aléatoires indépendants sont susceptibles de provenir d'une population ayant des distributions identiques (Auerbach et Zinnes, 1978).

Ce test statistique classe en rang croissant toutes les données et effectue la somme des rangs pour chacun des deux

groupes. Le test statistique U, basé sur le nombre de fois où le groupe 1 a précédé le groupe 2, est ensuite effectué. Si les échantillons comprennent 30 données et plus, le U est transformé en un Z normalement distribué. Le Z vérifie en fait si la moyenne des rangs d'une population diffère de la moyenne de rangs de l'autre population. Le rapport Z obtenu par cette analyse doit atteindre le seuil de signification de 0,05 pour rejeter les hypothèses nulles H_0 , voulant qu'il n'existe aucune différence entre les deux populations en ce qui a trait aux scores obtenus à une même épreuve.

L'analyse des données de cette recherche a été effectuée par traitement informatique à l'aide des deux tests statistiques ci haut-énoncés issus du logiciel SPSS/PC+ (Statistical Package for Social Sciences).

Résultats de l'analyse de la distribution des scores d'experiencing

L'exposé des résultats se divise en deux parties: la première étudie les différences observées entre les deux types de narration. Dans un premier temps, l'ensemble de la population (les 60 sujets) sera considéré dans cette analyse, ensuite, l'effet des deux échantillons provenant de foyers d'accueil et résidant à domicile sera analysé. La deuxième section portera sur l'analyse des différences entre les deux échantillons de sujets à l'égard de chacun des narratifs.

Analyse de la distribution des scores des deux narrations

Cette analyse a nécessité l'utilisation du test de Wilcoxon afin de vérifier les hypothèses H1, H2A et H2B.

Hypothèse H1

L'hypothèse H1 porte sur la différence de distribution des scores d'experiencing (au mode et au sommet) entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé, obtenus auprès de l'ensemble de la population expérimentale. Cette hypothèse postule une différence de distribution des scores entre ces deux narrations.

Les résultats de l'analyse de la distribution des scores au mode, rapportés au tableau 3, ne présentent pas de différence significative entre les deux types de narrations ($Z = -1,39$, $p > 0,05$).

Comme l'indique la figure 1, la majorité des sujets ont exprimé le niveau d'experiencing de 2 pour la narration de souvenir (85%), l'entretien sur la santé ayant également reçu cette même cote par 73% des sujets. Ce résultat démontre donc que la narration de souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé suscitent une distribution des scores d'experiencing modal sensiblement équivalente.

Tableau 3

Analyse de la distribution des scores d'experiencing
pour les deux types de narration obtenus
par les 60 sujets

Narration	Moyenne de rangs	Fréquence des cas	Z	p
Souvenir (mode)	10,08	6 -(Sant.< Souv.)	-1,39	0,17
Santé (mode)	9,96	13 +(Sant.> Souv.)		
		41 =(Sant.= Souv.)		
Souvenir(Sommet)	11,50	9 -(Sant.< Souv.)	-2,27	0,02
Santé (Sommet)	15,92	19 +(Sant.> Souv.)		
		32 =(Sant.= Souv.)		

L'analyse de la distribution des scores au sommet présente de son côté une différence significative entre les deux types de narrations ($Z = -2,27$, $p < 0,05$). Comme l'indique la figure 2, la majorité des sujets (63%) ont exprimé le niveau d'experiencing de 3 pour la narration de souvenir, l'entretien sur la santé ayant reçu ce même score par 47% des sujets, le score de 4 étant le second en importance (30% d'utilisation). Ce résultat démontre donc que l'entretien direct sur la santé suscite une distribution des scores d'experiencing au sommet significativement différente des souvenirs anciens. En effet, un plus grand nombre de sujets utilisaient des niveaux d'experiencing de 3 et plus lorsqu'ils parlaient de leur état de santé.

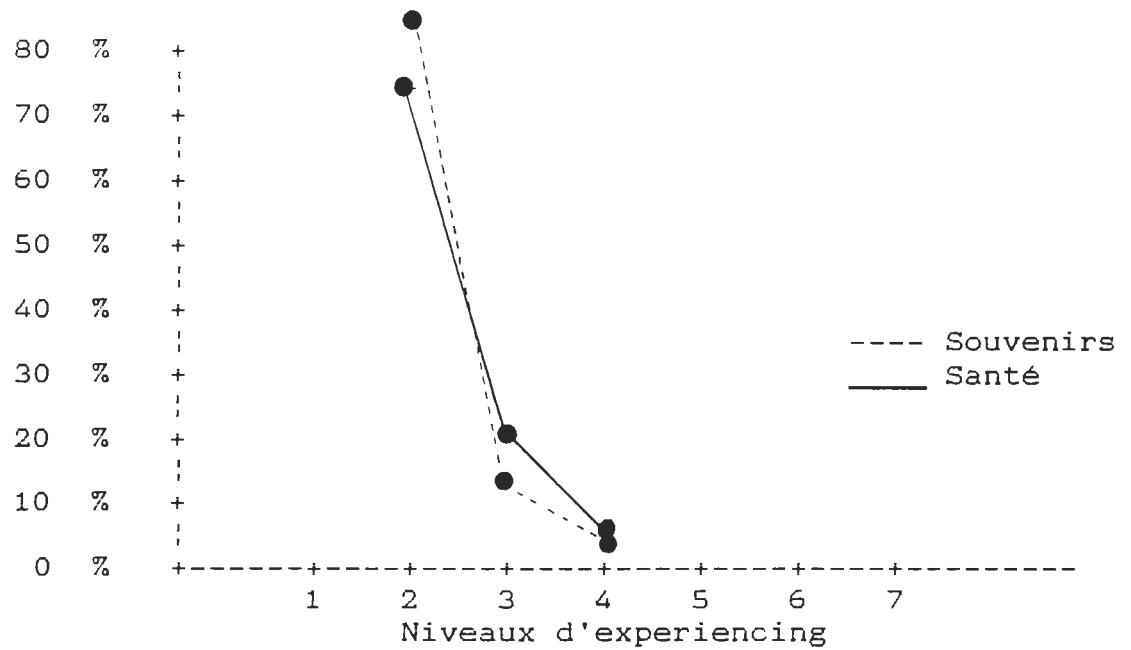


Figure 1: Distribution des scores d'experiencing au mode obtenus par l'ensemble des populations pour les (2) types de narration

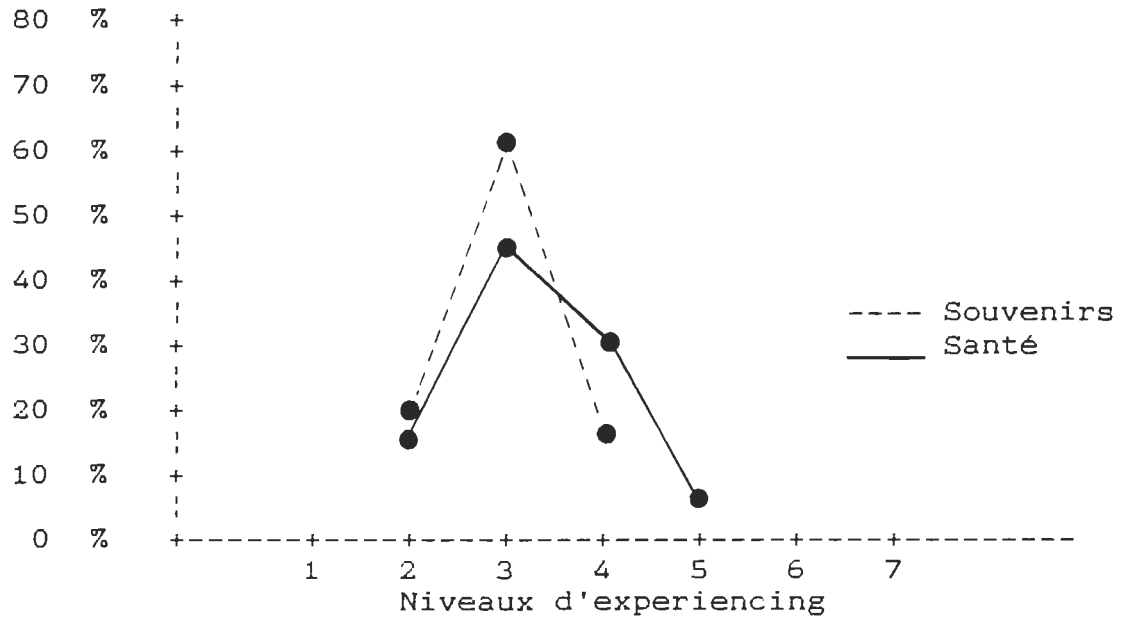


Figure 2: Distribution des scores d'experiencing au sommet obtenus par l'ensemble des populations pour les (2) types de narration

Ensemble, ces résultats confirment en partie cette première hypothèse; les narrations évaluées au mode ne présentant aucune différence de distribution des scores, les narrations évaluées au sommet démontrant des distributions significativement différentes.

Hypothèses H2A et H2B

Les hypothèses H2A et H2B portent sur la différence de distribution des scores d'experiencing (au mode et au sommet) entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé. L'hypothèse H2A stipule une différence de distribution des scores obtenus par les personnes âgées institutionnalisées entre ces deux narrations. L'hypothèse H2B postule une différence de distribution des scores obtenus par les personnes âgées résidant à domicile entre ces deux mêmes narrations.

Les analyses ont tout d'abord porté sur l'analyse de l'hypothèse H2A. Les résultats de l'analyse de la distribution des scores au mode, rapportés au tableau 4, ne présentent pas de différence significative entre les deux types de narrations ($Z = -0,76$, $p > 0,05$).

Comme l'indique la figure 3, la majorité des sujets en foyer d'accueil (90%) ont exprimé le niveau d'experiencing de 2 pour la narration de souvenirs, l'entretien sur la santé ayant

Tableau 4

Analyse de la distribution des scores d'experiencing
(mode et sommet) pour les deux types de narration obtenus
par le groupe en foyer d'accueil

Narration		Moyenne de rangs	Fréquence des cas	Z	p
Souvenir (mode)		6,67	3 -(Sant.< Souv.)	-0,76	0,44
Santé (mode)		5,00	7 +(Sant.> Souv.)		
			20 =(Sant.= Souv.)		
Souvenir (Sommet)		7,17	3 -(Sant.< Souv.)	-2,00	0,04
Santé (Sommet)		4.50	9 +(Sant.> Souv.)		
			18 =(Sant.= Souv.)		

également reçu cette même cote par 77% des sujets. Ce résultat démontre donc que la narration de souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé suscitent une distribution des scores d'experiencing modal sensiblement équivalente.

L'analyse de la distribution des scores au sommet présente de son côté une différence significative entre les deux types de narrations ($Z = -2,00$, $p < 0,05$). La figure 4 indique que la majorité des sujets (63%) ont exprimé le niveau d'experiencing de 3 pour la narration de souvenirs, l'entretien sur la santé ayant reçu ce même score par 50% des sujets, le score de 4 étant le second en importance (30% d'utilisation). Ce résultat démontre donc que l'entretien direct sur la santé suscite

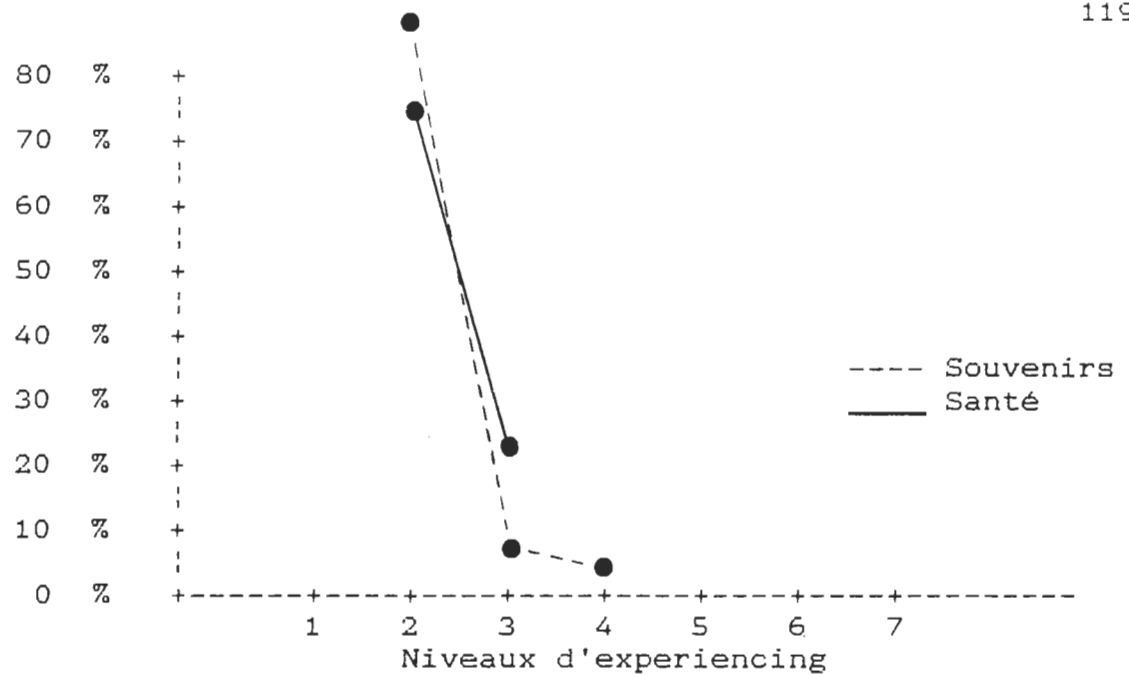


Figure 3: Distribution des scores d'experiencing au mode obtenus par les sujets institutionnalisés pour les (2) types de narration

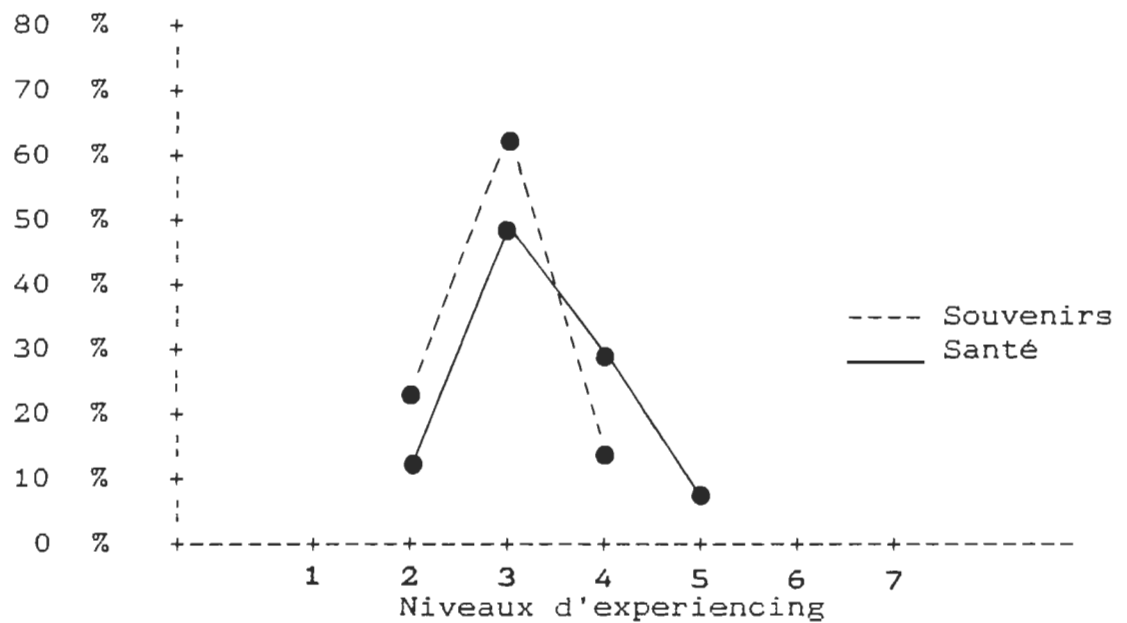


Figure 4: Distribution des scores d'experiencing au sommet obtenus par les sujets institutionnalisés pour les (2) types de narration

une distribution des scores d'experiencing au sommet significativement différente de celle des souvenirs anciens. En effet, un plus grand nombre de sujets utilisaient des niveaux d'experiencing de 3 et plus lorsqu'ils parlaient de leur état de santé.

Ensemble, ces résultats confirment en partie l'hypothèse H2A; les narrations des sujets vivant en foyer d'accueil évaluées au mode ne présentant aucune différence de distribution de scores, les narrations évaluées au sommet démontrant des distributions significativement différentes.

Le même type d'analyses a été poursuivi concernant l'hypothèse H2B. Les résultats de l'analyse de la distribution des scores au mode, rapportés au tableau 5, ne présentent pas de différences significatives entre les deux types de narrations ($Z = -1,24$, $p > 0,05$).

Comme l'indique la figure 5, la majorité des sujets à domicile (80%) ont exprimé le niveau d'experiencing de 2 pour la narration de souvenirs, l'entretien sur la santé ayant également reçu cette même cote par 70% des sujets. Ce résultat démontre donc que la narration de souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé suscitent une distribution des scores d'experiencing modal sensiblement équivalente.

Tableau 5

**Analyse de la distribution des scores d'experiencing
(mode et sommet) pour les deux types de narration obtenus
par le groupe résidant à domicile**

Narration	Moyenne de rangs	Fréquence des cas	Z	p
Souvenir (mode)	4,00	3 -(Sant.< Souv.)	-1,24	0,21
Santé (mode)	5,50	6 +(Sant.> Souv.)		
		21 =(Sant.= Souv.)		
Souvenir (Sommet)	7,50	6 -(Sant.< Souv.)	-1,19	0,23
Santé (Sommet)	9,10	10 +(Sant.> Souv.)		
		14 =(Sant.= Souv.)		

L'analyse de la distribution des scores au sommet ne présente également aucune différence significative entre les deux narrations ($Z = -1,19$, $p > 0,05$). La figure 6 indique que la majorité des sujets (63%) ont exprimé le niveau d'experiencing de 3 pour la narration de souvenirs, l'entretien sur la santé ayant reçu ce même score par 43% des sujets. Ce résultat démontre donc que l'entretien direct sur la santé suscite une distribution des scores d'experiencing au sommet qui n'est pas significativement différente de celle des souvenirs anciens. Les personnes âgées résidant à domicile n'ont donc pas manifesté de différences dans la distribution

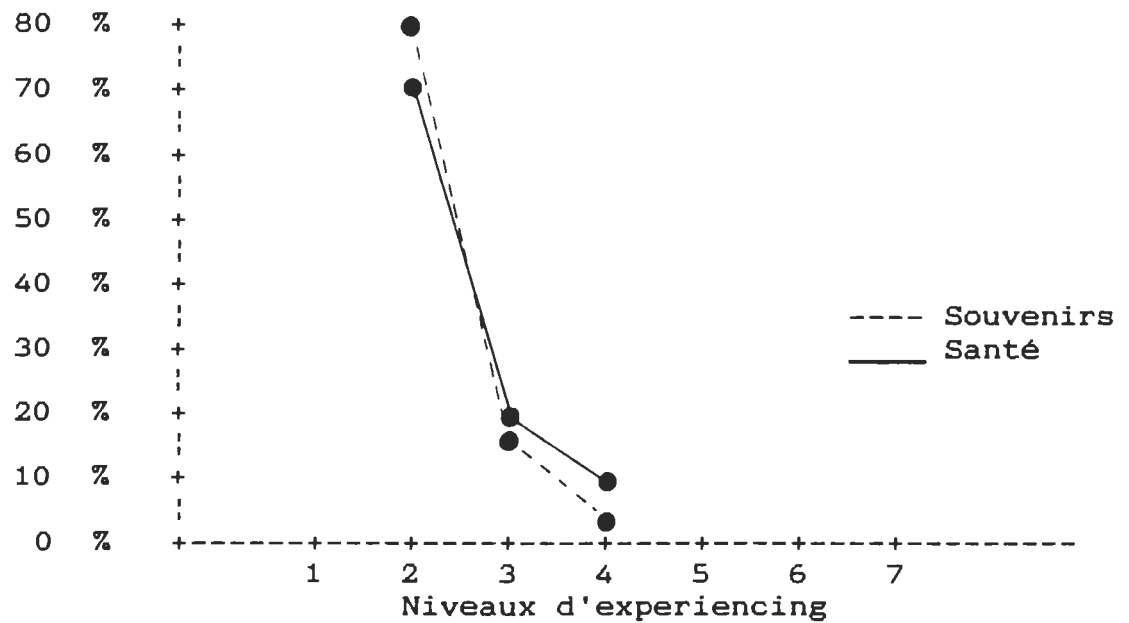


Figure 5: Distribution des scores d'expérencing au mode obtenus par les sujets résidant à domicile pour les (2) types de narration

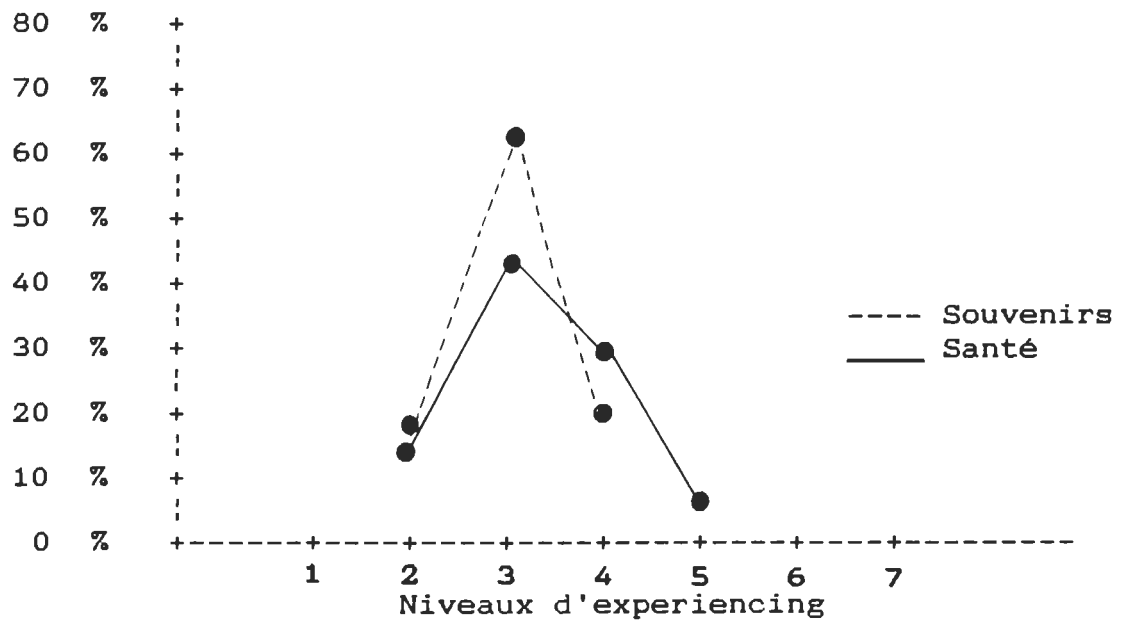


Figure 6: Distribution des scores d'expérencing au sommet obtenus par les sujets résidant à domicile pour les (2) types de narration

des scores obtenus entre les narrations de souvenirs et de santé. Ces résultats réfutent donc l'hypothèse H2B.

Analyse de la distribution des scores des populations à l'égard de chaque narration

Cette analyse a nécessité l'utilisation du test de Mann-Whitney afin de vérifier les hypothèses H3A et H3B.

Hypothèses H3A et H3B

Les hypothèses H3A et H3B portent sur la différence de distribution des scores d'experiencing (au mode et au sommet) entre les deux échantillons expérimentaux, en regard à chacune des narrations. L'hypothèse H3A stipule une différence de distribution des scores entre les populations en foyer d'accueil et à domicile, pour la narration de souvenir. L'hypothèse H3B postule une différence de distribution des scores entre les populations en foyer d'accueil et à domicile, pour l'entretien direct sur la santé.

Les analyses ont tout d'abord porté sur l'analyse de l'hypothèse H3A. Les résultats de l'analyse de la distribution des scores au mode, rapportés au tableau 6, ne présentent pas de différences significatives entre les deux populations pour la narration de souvenirs ($Z = -1,04$, $p > 0,05$). Ce résultat démontre donc que la distribution des scores évalués au mode ne

Tableau 6

Analyse de la distribution des scores d'experiencing
(au mode) obtenus par chacun des groupes
pour les souvenirs anciens

Hébergement	Moyenne de rangs	Z	p
Foyer	29,05	-1,04	0,29
Domicile	31,95		

diffère pas significativement d'un groupe expérimental à l'autre.

L'analyse de la distribution des scores au sommet, tel que le démontre le tableau 7, ne révèle pas non plus de différence significative entre les deux populations à l'égard de la narration de souvenirs ($Z = -0,84$, $p > 0,05$). Encore une fois, ce résultat démontre que la distribution des scores évalués au sommet ne diffère pas significativement d'un groupe expérimental à l'autre.

Les résultats obtenus réfutent l'hypothèse H3A. Il n'existe aucune différence significative de distribution des scores (au mode et au sommet) entre les deux populations à l'égard de la narration de souvenirs, c'est-à-dire que les personnes âgées institutionnalisées et à domicile réagissent de façon similaire face à ce type de narration.

Tableau 7

Analyse de la distribution des scores d'experiencing
(au sommet) obtenus par chacun des groupes
pour les souvenirs anciens

Hébergement	Moyenne de rangs	Z	p
Foyer	28,87	-0,84	0,39
Domicile	32,13		

Le même type d'analyses a été poursuivi concernant l'hypothèse H3B. Les résultats de l'analyse de la distribution des scores au mode, rapportés au tableau 8, ne présentent pas de différences significatives entre les deux populations pour l'entretien direct sur la santé ($Z = -0,78$, $p > 0,05$). Ce résultat démontre donc que la distribution des scores évalués au mode ne diffère pas significativement d'un groupe expérimental à l'autre.

L'analyse de la distribution des scores au sommet, tel que le démontre le tableau 9, ne révèle pas non plus de différence significative entre les deux populations à l'égard de la narration de souvenirs ($Z = -0,30$, $p > 0,05$). Encore une fois, ce résultat démontre que la distribution des scores évalués au sommet ne diffère pas significativement d'un groupe expérimental à l'autre.

Tableau 8

Analyse de la distribution des scores d'experiencing
(au mode) obtenus par chacun des groupes
pour l'entretien direct sur la santé

Hébergement	Moyenne de rangs	Z	p
Foyer	29,15	-0,78	0,44
Domicile	31,85		

Tableau 9

Analyse de la distribution des scores d'experiencing
(au sommet) obtenus par chacun des groupes
pour l'entretien direct sur la santé

Hébergement	Moyenne de rangs	Z	p
Foyer	31,13	-0,30	0,76
Domicile	29,87		

Les résultats obtenus réfutent l'hypothèse H3B. Il n'existe aucune différence significative de distribution des scores (au mode et au sommet) entre les deux populations à l'égard de l'entretien direct sur la santé, c'est-à-dire que les personnes âgées institutionnalisées et à domicile réagissent de façon similaire face à ce type de narration.

Résultats supplémentaires

D'autres résultats supplémentaires ont été recueillis lors de la cueillette de données. Bien que les objectifs de la présente recherche ne spécifiaient pas la nécessité d'évaluer l'influence que peuvent avoir certaines variables comme l'âge, la note (évaluée sur 10 points) accordée pour l'évaluation subjective de la santé et la différence entre l'experiencing évalué au mode et au sommet, quelques résultats concernant ces variables seront présentés ici, en raison de la possibilité de les obtenir et pour l'intérêt qu'ils présentent.

Effets de l'âge

Des analyses de la distribution des scores (au mode et au sommet) ont été effectuées afin de vérifier l'influence du facteur de l'âge sur les niveaux d'experiencing exprimés dans chacune des narrations. Le facteur âge a été dichotomisé en deux sous-groupes, soit les gens âgés de moins de 80 ans, et de plus de 80 ans. Les calculs ont été effectués à l'aide de test de Wilcoxon.

Comme l'indique le tableau 10, il n'existe aucune différence de distribution des scores d'experiencing (au mode) chez les personnes âgées de moins de 80 ans entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé ($Z = -1,19$, $p >$

Tableau 10

Analyse de la distribution des scores d'experiencing
(au mode et au sommet) pour les deux types de
narration obtenus par les gens âgés de
moins de 80 ans

Narration	Moyenne de rangs	Fréquence des cas	Z	p
Souvenir (mode)	7,13	4 -(Sant.< Souv.)	-1,19	0,23
Santé (mode)	6,94	9 +(Sant.> Souv.)		
		21 =(Sant.= Souv.)		
Souvenir (Sommet)	7,50	5 -(Sant.< Souv.)	-2,09	0,04
Santé (Sommet)	10,27	13 +(Sant.> Souv.)		
		16 =(Sant.= Souv.)		

0,05). Comme l'indique le tableau 14 en appendice B, la majorité des sujets (79,4 %) ont manifesté le niveau d'experiencing de 3 pour la narration de souvenirs, tandis que 64,7% d'entre eux démontraient le même score pour l'entretien direct sur la santé. Par contre, il existe une différence significative entre la distribution des scores d'experiencing évalués au sommet entre ces deux mêmes narrations chez les gens de cette catégorie d'âge ($Z = -2,09$, $p < 0,05$). En effet, 58,8% des sujets ont eu le score de 3 pour la narration de souvenirs, tandis que 41,2% des sujets ont eu ce même score, le niveau 4 étant le second en importance (32,4%).

Pour ce qui est des personnes âgées de plus de 80 ans, le tableau 11 indique qu'il n'existe aucune différence de distribution des scores d'experiencing au mode ($Z = -0,74$, $p > 0,05$) et au sommet ($Z = 0,97$, $p > 0,05$) entre les deux types de narrations. La majorité des sujets ont exprimé le score de 2 pour la narration de souvenirs (92,3%), l'entretien sur la santé ayant reçu également la même cote par 84,6% des sujets. Pour les scores d'experiencing au sommet, la majorité des sujets ont exprimé le niveau 3; 69,2% des sujets ayant reçu cette cote pour les souvenirs, et 53,8% ayant également eu cette cote pour l'entretien sur la santé.

Effets de la note(/10) d'évaluation de la santé subjective

Deux rapports distincts ont été établis en rapport avec le facteur de la note/10. Tout d'abord, les liens pouvant exister entre la note et l'âge de même qu'avec le score d'experiencing obtenu pour l'entretien direct sur la santé ont été investigués à l'aide du calcul de coefficient de corrélation linéaire de Pearson. Tel que l'indique le tableau 12, aucun lien significatif n'existe entre ces variables ($p > 0,05$).

Dans un deuxième temps, un T-Test a été effectué entre les

Tableau 11

**Analyse de la distribution des scores d'experiencing
(au mode et au sommet) pour les deux types de
narration obtenus par les gens âgés de
plus de 80 ans**

Narration	Moyenne de rangs	Fréquence des cas	Z	p
Souvenir (mode)	3,50	2 -(Sant.< Souv.)	-0,74	0,46
Santé (mode)	3,50	4 +(Sant.> Souv.)		
		20 =(Sant.= Souv.)		
Souvenir (Sommet)	4,50	4 -(Sant.< Souv.)	-0,97	0,33
Santé (Sommet)	6,17	6 +(Sant.> Souv.)		
		16 =(Sant.= Souv.)		

scores obtenus par les deux populations afin de vérifier s'il existe une différence de moyenne significative entre les scores accordés.

Comme le démontre le tableau 13, il n'existe pas de différences significatives ($t(54) = -1,06$, $p > 0,05$) entre les scores moyens obtenus par les personnes résidant en foyer d'accueil ($M = 6,66$) et à domicile ($M = 7,27$). Il est à noter que trois personnes en foyer d'accueil et qu'une personne résidant à domicile ont omis d'évaluer quantitativement leur santé. Un tableau de distribution des notes accordées par chacune des populations est présenté en appendice C.

Tableau 12

Matrice de corrélation pour les deux populations

	Age	Santé (mode)	Santé (sommet)	p
Note /10	0,10	-0,07	-0,18	>0,05

Tableau 13

Comparaison entre les deux catégories
d'hébergement à l'égard de la note (/10)
accordée à l'évaluation subjective de la santé

Groupe	N	Moyenne	Ecart-Type	T	p
Foyer	27	6,66	2,32	-1,06	0,294
Domicile	29	7,27	1,98		

Différences entre le mode et le sommet

Bien qu'aucune hypothèse n'est été formulée en ce sens, il est intéressant d'observer que la distribution des scores d'experiencing au mode accordés pour chacune des narrations était moins étendue que les scores d'experiencing évalués au sommet.

Bref, un seul résultat des analyses supplémentaires effectuées s'est avéré significatif ($p < 0,05$). En effet, les personnes âgées de moins de 80 ans ont vu la distribution de

leurs scores d'experiencing (au sommet) différer de façon significative entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé.

Résumé

Les résultats de l'ensemble des analyses comparatives qui ont été effectuées entre les deux types de narrations stipulent que la distribution des cotes d'experiencing, évaluées au mode entre les narrations de souvenirs et l'entretien direct sur la santé, ne différerait pas de façon significative, et ce, chez les deux groupes ayant participé à l'étude. Une autre tendance fut trouvée pour ce qui est de l'experiencing évalué au sommet. Les narrations des personnes âgées résidant en foyer d'accueil démontrent des distributions de scores significativement différentes entre les deux types de narrations. Toutefois, cette tendance n'a pas été retrouvée chez les personnes âgées demeurant à domicile, aucune différence significative dans la distribution des scores des deux narrations n'ayant été trouvée. Si l'on considère l'ensemble des populations ayant participé à cette recherche, les résultats obtenus permettent de conclure qu'il existe une différence entre les narrations de souvenirs et l'entretien direct sur la santé à l'égard des scores d'experiencing évalués au sommet, cette tendance n'ayant pas été retrouvée pour l'experiencing évalué au mode.

En ce qui concerne les analyses comparatives effectuées entre les deux groupes expérimentaux, il s'est avéré qu'il n'existe aucune différence significative entre les deux populations à l'égard des niveaux d'experiencing (mode et sommet) exprimés dans chacune des narrations faisant l'objet de cette étude. De plus des analyses complémentaires ont révélé que les personnes âgées de moins de 80 ans ont vu la distribution de leurs scores d'experiencing (au sommet) différer de façon significative entre la narration de souvenir et l'entretien direct sur la santé.

Chapitre IV

Discussion des résultats

Le chapitre de l'analyse des résultats a permis la vérification des hypothèses posées dans cette recherche. Le présent chapitre portera quant à lui sur l'interprétation des résultats obtenus.

Dans un premier temps, les résultats obtenus seront résumés sommairement. Dans un deuxième temps, les hypothèses opérationnelles de cette recherche seront discutées. Une autre section portera sur la discussion des résultats supplémentaires obtenus dans le chapitre précédent; une interprétation en terme d'experiencing sera également effectuée. Finalement, les limites de cette recherche seront abordées brièvement, et quelques suggestions pour des recherches ultérieures seront apportées.

Résultats

Cette recherche visait à vérifier l'existence d'une différence de processus expérientiel exprimé entre la narration de souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé. Les autres hypothèses qui guident cette recherche stipulaient également que cette même tendance serait retrouvée chez les personnes âgées résidant en foyer d'accueil et à domicile. Une

dernière série d'hypothèses postulait que les deux groupes de sujets différencieraient l'un de l'autre à l'égard de chaque type de narrations qui font l'objet de cette étude.

Les résultats obtenus confirment en partie ces hypothèses en démontrant des différences significatives entre les deux narrations recueillies auprès de l'ensemble des groupes expérimentaux. Les personnes âgées résidant en foyer d'accueil ont démontré cette même tendance, tandis que les personnes âgées demeurant à domicile n'ont pas manifesté de différences entre les narrations sur les souvenirs anciens et sur l'état de santé. La dernière série d'hypothèses a également été infirmée, les populations ayant réagi de façon similaire aux deux types de narrations. Il est à noter que ces résultats ne s'appliquent qu'à l'experiencing évalué au sommet, le mode n'ayant révélé aucun résultat significatif.

La discussion qui va suivre portera dans un premier temps sur la distribution des scores d'experiencing recueillis dans cette recherche. Ensuite, les résultats des analyses portant sur les trois séries d'hypothèses opérationnelles seront interprétés.

Distribution des scores d'experiencing

Dans le chapitre portant sur la présentation des résul-

tats, nous avons vu que la distribution des scores d'experiencing suivait une distribution anormale, ce qui a nécessité l'utilisation de tests statistiques non-paramétriques. Cette procédure a toutefois entraîné certaines lacunes, dont entre autres celle impliquant l'impossibilité de considérer les paramètres des populations, tels que les différences entre certaines mesures de tendances centrales. En effet, ce type de test concerne surtout l'identité de la distribution des populations au lieu de l'identité des moyennes. Cette inégalité dans l'utilisation des scores aurait toutefois pu être contournée par la cueillette de plusieurs narrations et par la sommation subséquente des niveaux d'experiencing, permettant ainsi d'avoir des scores vraiment continus. Gorney (1968) avait justement suivi une procédure semblable dans sa recherche.

L'analyse qualitative de la distribution des scores révèle certaines particularités. Dans la présente recherche, il est à noter qu'aucun sujet n'a manifesté le score d'experiencing de 1 dans les deux types de narrations. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la procédure d'enquête adoptée forçait l'atteinte d'un minimum d'introspection (au moins un niveau 2), car le sujet devait obligatoirement parler de lui-même dans ses verbalisations.

Les scores de 6 et 7 n'ont également pas du tout été utilisés, tandis que seulement 4 sujets sur l'ensemble des populations ont utilisé le score de 5. Ces trois niveaux correspondent aux niveaux les plus élevés de l'échelle d'experiencing où les sentiments sont explorés et servent de référence pour la résolution de problèmes et de compréhension de soi. L'atteinte de ces niveaux peut être facilitée en thérapie par l'utilisation des techniques de focalisation présentées par Gendlin (1964). Mais étant donné que les techniques d'entrevue préconisées dans la démarche de cueillette des données ne reposaient pas sur ce cadre conceptuel et n'avaient pas comme objectif de favoriser le déroulement du processus expérientiel, il n'est pas surprenant de retrouver une quasi-inutilisation de ces scores. La grande fréquence des scores répertoriés (niveaux 2 à 4) est justifiée par le fait que les sujets étaient invités à clarifier leurs sentiments, mais non pas de les approfondir selon la démarche préconisée par Gendlin. L'utilisation des techniques d'entrevues relatives à la notion d'experiencing aurait donc pu favoriser une utilisation des scores plus élargie. Toutefois, la procédure expérimentale comportait en elle-même d'autres éléments qui pouvaient en soi freiner le processus expérientiel.

Tout d'abord, un bon climat de confiance établi entre l'intervieweur et le sujet aide ce dernier à mieux se centrer, et par le fait même à plus se révéler. Les effets d'une telle relation peuvent donc directement être révélés par l'entremise de l'échelle, cette dernière permettant de quantifier l'évolution du processus thérapeutique (Klein et al., 1969). Dans le cas où une seule rencontre est prévue avec chaque sujet, il est donc préférable qu'un contact ait préalablement eu lieu par l'intermédiaire d'une connaissance commune qui peut servir de référence. Cette procédure aurait comme effet de prédisposer favorablement l'individu et diminuerait ses craintes face à l'entrevue (Mishler, 1986). Conséquemment, une telle procédure pourrait aider l'individu à plus se révéler.

Ainsi, le facteur du climat de confiance peut dans certains cas avoir eu une influence négative sur les scores obtenus aux deux types de narrations, car la majorité des sujets interviewés ne connaissaient pas l'expérimentateur. Bien qu'un contact informel avait préalablement eu lieu et que l'expérimentateur avait été introduit par une personne-ressource connue des gens concernés, une certaine méfiance pouvait encore subsister car l'intervieweur demeurerait somme toute un étranger malgré les procédures d'usage entreprises. Une façon de pallier à cette lacune aurait été d'être présenté par une personne-ressource connaissant bien les deux partis,

permettant ainsi un certain climat de familiarité, car cet individu aurait pu agir comme référence.

**Distribution des scores d'experiencing
évalués au mode**

Toutes les hypothèses stipulées dans cette recherche prédisaient que les scores d'experiencing évalués au mode évolueraient d'une façon similaire aux scores d'experiencing au sommet. Il n'en fut rien, et ce, pour les deux types de narrations. La grande majorité des gens ont en effet manifesté le score modal de 2 dans les deux narrations. Ce niveau d'experiencing indique une certaine implication personnelle, mais l'individu met plus l'accent sur le récit qu'il raconte, et est porté à faire preuve d'intellectualisation.

Ceci s'explique peut-être par le fait que la formulation des questions incitait les sujets à être tout d'abord axés sur le récit des événements rapportés, la grande partie des narrations portant souvent sur une mise en situation, ce qui correspond à la définition comme telle de ce niveau d'experiencing. Ainsi, l'évaluation des scores modaux d'experiencing s'avère justifiée lors d'entrevues cliniques, mais peut-être pas en réponse à un questionnaire comme celui adopté dans cette recherche, car l'individu doit tout d'abord répondre à la question avant d'approfondir son vécu. Ainsi, l'évaluation exclusive des scores d'experiencing au sommet serait justifiée,

d'autant plus que cette procédure dévoile le potentiel révélateur de la capacité d'investissement personnel du sujet, et des narrations à l'étude.

Pour faire suite à cette remarque, et étant donné qu'aucun résultat statistique significatif n'est ressorti de l'évaluation au mode, seuls les résultats évalués d'après l'expérimentation au sommet seront discutés dans ce chapitre.

Différences entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé

Hypothèse H1

L'hypothèse 1 stipulait que la distribution des scores d'expérimentation au sommet obtenus par l'ensemble des populations pour l'entretien direct sur la santé différerait de façon significative avec la distribution des scores des narrations de souvenirs.

Les résultats obtenus confirment cette première hypothèse et démontrent que soumises aux mêmes conditions expérimentales, les deux narrations diffèrent l'une de l'autre au plan expérimentiel. Bien que le type de test statistique utilisé ne permette pas d'avancer que l'entretien direct sur la santé suscite un niveau moyen d'expérimentation plus élevé que celui obtenu par la narration de souvenirs, une analyse qualitative des tendances indique que plus de sujets faisaient part de

leurs sentiments et commençaient même à décrire leur monde intérieur lorsqu'ils parlaient de leur état de santé (niveaux 3 et 4).

Etant donné qu'aucune recherche n'a pu être répertoriée concernant la comparaison des niveaux d'experiencing dévoilés dans la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé, il sera difficile de comparer les résultats obtenus avec d'autres recherches expérimentales. Néanmoins, ces résultats sont congruents avec les éléments théoriques voulant que les narrations soient porteuses du mode d'investissement personnel de l'individu. En effet, nous avons vu que l'auto-évaluation de la santé est un phénomène multidimensionnel comportant plus que l'absence ou la présence de maladie, mais donne aussi l'opportunité à la personne âgée de se positionner face à son individualité, à son corps et à son propre vieillissement.

Pour ce qui est des souvenirs anciens, les auteurs consultés soutiennent qu'ils permettent d'étudier les structures de base de la personnalité et révèlent du même coup les besoins et intérêts présents de l'individu. Les recherches portant sur la réminiscence au troisième âge tendent à corroborer les mêmes observations. Toutefois, les études sur les souvenirs anciens ont surtout porté sur l'analyse de contenus affectifs mais non sur le processus expérientiel.

Gorney (1968) a pour sa part analysé différents types de réminiscences à l'aide de l'échelle d'experiencing, toutefois, ses conclusions ne s'appliquaient pas à la présente section des analyses statistiques, les souvenirs anciens étant un type de réminiscence, mais ces deux phénomènes ne s'équivalent pas.

Ainsi, le fait que la distribution des scores obtenus pour l'entretien direct sur la santé ait tendance à être plus axé sur les niveaux plus élevés de l'échelle, comparativement à la narration de souvenirs, peut être attribuable à divers facteurs. Tout d'abord, l'état de santé semble être une des préoccupations majeures lors de la vieillesse et ses répercussions ont un effet direct sur l'évolution de l'individu. Ainsi, lorsque la personne parle de sa santé, elle révèle souvent ce qu'elle est comme individu étant donné qu'il s'agit d'un sujet très impliquant sur le plan personnel et émotionnel.

Les souvenirs anciens semblent avoir quant à eux un grand intérêt sur le plan du contenu. Suite à la lecture de ces narrations sur les souvenirs, il semble que beaucoup de matériel diagnostique clinique pourrait être récupéré. Cette observation s'avère congruente avec les études qui ont jusqu'ici été répertoriées. Toutefois, ces attributs ne sont pas cotables sur le plan expérientiel. Le caractère plus conscient de l'entretien direct sur la santé semble donc mieux

réagir à l'échelle d'experiencing que le caractère projectif suscité par les souvenirs anciens. Toutefois, les résultats des analyses statistiques démontrent le potentiel révélateur de l'investissement affectif dévoilé par l'entremise des narrations de souvenirs, la majorité des sujets ayant fait part de leurs sentiments lorsqu'ils étaient soumis à cette épreuve expérimentale.

Hypothèse H2A

L'hypothèse H2A stipulait que la distribution des scores d'experiencing au sommet obtenus par les personnes âgées institutionalisées pour l'entretien direct sur la santé différerait de façon significative avec la distribution des scores des narrations de souvenirs.

Les résultats obtenus confirment cette hypothèse et démontrent que soumises aux mêmes conditions expérimentales, les deux narrations diffèrent l'une de l'autre au plan expérientiel. Ainsi, les mêmes interprétations qui ont été établies pour l'hypothèse H1 s'appliquent à la présente discussion des résultats. La distribution des scores d'experiencing de l'entretien direct sur la santé tendait vers des scores plus élevés que ceux obtenus par la narration de souvenirs.

Ce résultat était attendu, d'autant plus que les personnes

âgées institutionnalisées sont confrontées quotidiennement aux effets de la mauvaise santé. De plus, les plaintes somatiques semblent souvent s'avérer une source d'attention et de définition personnelle chez cette clientèle spécifique, les soins physiques constituant une source d'interaction sociale avec le personnel traitant.

Hypothèse H2B

L'hypothèse H2B stipulait que la distribution des scores d'experiencing au sommet obtenus par les personnes âgées à domicile pour l'entretien direct sur la santé différerait de façon significative avec la distribution des scores des narrations de souvenirs.

Les résultats obtenus réfutent donc cette hypothèse et démontrent que soumises aux mêmes conditions expérimentales, les deux narrations ne diffèrent pas l'une de l'autre sur le plan expérientiel. Ces données entrent donc en contradiction avec celles obtenues précédemment, l'analyse des tendances démontrant que l'entretien direct sur la santé n'amène pas une utilisation supérieure des niveaux d'experiencing dépassant 3 auprès de cette population.

Une explication plausible à cette obtention de résultat est que les personnes âgées à domicile ne sont pas pour la plupart affectée par une mauvaise santé physique réelle, ou

tout au moins, malgré quelques problèmes, leur état de santé leur permet de vaquer à leurs occupations. Cette observation serait congruente avec les éléments théoriques précédemment apportés. Ainsi, même si l'état de santé peut être une préoccupation pour la personne âgée à domicile, elle aurait peut être moins tendance à se définir à partir de son statut de santé, n'étant pas confrontée dans la même mesure que les personnes institutionnalisées aux méfaits de la maladie. C'est possiblement ce qui explique pourquoi la différence en terme de distribution des scores entre les deux narrations n'était pas marquée.

L'entretien sur la santé auprès des personnes âgées à domicile ne serait donc pas plus révélateur sur le plan du vécu intérieur que la narration de souvenirs chez ce groupe. Comme le démontre l'analyse de la distribution des scores, la majorité des gens dévoilaient leurs sentiments lorsqu'ils parlaient de leurs souvenirs et de leur santé (niveau 3) et un certain nombre commençaient à révéler leur individualité (niveau 4).

Sur le plan qualitatif, on peut remarquer que l'effet du présent résultat statistique n'a pas contrebalancé le résultat obtenu par les personnes âgées institutionnalisées, lorsque les calculs ont été effectués à partir des deux populations

(hypothèse H1). En effet, la tendance voulant que les deux narrations diffèrent au plan expérientiel est demeurée vraie malgré le fait que ce résultat ne s'appliquait pas aux personnes à domicile.

Différences entre les groupes de personnes âgées

Différences à l'égard de chacune des narrations

Les hypothèses H3A et H3B stipulaient que la distribution des scores d'experiencing au sommet différerait significativement entre les personnes âgées résidant à domicile et en foyer d'accueil, et ce, pour les deux narrations demandées, soit la narrations de souvenirs (H3A) et l'entretien direct sur la santé (H3B).

Les résultats ont infirmés les hypothèses, démontrant que les deux groupes ne différaient pas entre eux au plan expérientiel. Ce résultat s'avère quelque peu surprenant, compte tenu du fait que les deux groupes n'ont pas réagi de la même façon lorsque la différence de distribution des scores fut analysée entre les deux narrations; les personnes institutionnalisées ayant démontré une différence d'experiencing significative entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé, contrairement aux âgés résidant à domicile. Mais lorsque les deux populations sont comparées vis-à-vis chacune des narrations prises séparément, elles ne diffèrent pas l'une

de l'autre. Les implications de ces résultats indiquent que la différence de distribution des scores entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé n'est pas la même, dépendant des groupes de sujets. Toutefois, chaque narration suscite des distributions de scores comparables auprès des deux populations.

Le fait de ne pas obtenir de résultats significatifs au niveau de la variable groupe n'appuie pas les résultats d'études portant sur les souvenirs et la réminiscence ayant comparé les effets du milieu de vie des personnes âgées. Gorney (1968) avait approché des personnes âgées vivant à domicile, sur une liste d'attente pour entrer en foyer d'accueil et des gens âgés institutionnalisés. Il s'était avéré que le groupe à domicile se distinguait significativement des deux autres groupes quant au niveau moyen d'experiencing exprimé dans les réminiscences. De son côté, Tobin (1972) avait approché trois groupes provenant des mêmes milieux énoncés et avait trouvé que l'institutionnalisation comme telle affectait le niveau de pertes exprimé dans la narration de souvenirs.

Pour ce qui est de l'entretien direct sur la santé, bien qu'aucune recherche n'ait été répertoriée concernant le niveau d'experiencing exprimé dans ce type de narration, les données

théoriques recueillies présupposaient que les personnes âgées institutionnalisées auraient plus été portées à se définir et révéler leur individualité lorsqu'elles parlaient de leur santé, étant donné qu'elles se distinguent nettement de leurs pairs résidant à domicile sur le plan de la santé réelle.

Différences reliées au sexe

Bien qu'aucune différence de distribution des scores d'experiencing entre les deux populations expérimentales à l'égard de chacune des narrations ne fut trouvée, certaines variables, notamment le sexe, marquaient des différences notables entre les groupes.

En effet, 15 hommes et 15 femmes résidant à leur domicile ont été approchés, tandis que 9 hommes et 21 femmes ont pu être recrutés en foyer d'accueil. Cette inégalité de répartition était principalement dû à la sous-représentation des hommes âgés dans ce milieu de vie. La variable du sexe n'a pas été considérée dans cette étude, étant donné qu'elle ne faisait l'objet d'aucune hypothèse de recherche et qu'elle n'avait pas été contrôlée dans le schéma expérimental.

Néanmoins, cette inégalité de répartition des sujets selon le sexe a peut-être exercé une influence sur les niveaux d'experiencing obtenus par les personnes âgées institutionnalisées. Bien qu'aucun contrôle n'ait été effectué en ce

sens, il est possible que les femmes puissent dévoiler des niveaux d'experiencing plus élevés que les hommes lorsqu'elles parlent de leur santé. Cette observation a peut-être influencé les résultats obtenus, dévoilant une différence significative de distribution des scores d'experiencing obtenus par les personnes institutionnalisées entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé. Des recherches futures devraient veiller à bien contrôler cette variable.

Analyses supplémentaires

Effets de l'âge

Des analyses supplémentaires révèlent des différences significatives reliées au groupes d'âge à l'égard des distributions de scores obtenus entre les deux narrations. Il s'est avéré que les personnes âgées de moins de 80 ans ont démontré des distributions de scores significativement différentes entre la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé. Aucune différence ne fut toutefois relevée concernant le groupes âgé de plus de 80 ans.

Ces résultats s'avèrent congruents avec ceux obtenus par Gorney (1968), qui avait observé que les gens de moins de 80 ans démontraient des scores d'experiencing plus élevés que l'autre groupe, cette différence étant attribuée au fait que le processus de bilan de vie, qui tiendrait place pour la plupart

des gens durant cette période d'âge, aurait un effet direct sur l'augmentation de la proximité à soi exprimée.

Bien que les analyses statistiques utilisées ne permettent pas d'affirmer qu'il y a une hausse de niveaux d'experiencing, il est possible de tracer un certain lien avec les résultats de cette recherche et ceux de Gorney. Ainsi, les gens âgés de moins de 80 ans ne réagiraient pas de la même façon en terme de processus experientiel lorsqu'ils parlent de leurs souvenirs et de leur santé; l'entretien direct sur la santé suscitant probablement un intérêt et une implication personnelle plus grande que la narration de souvenirs. Toutefois, l'absence de résultats significatifs auprès des sujets âgés de plus de 80 ans, ne signifie pas forcément qu'ils sont moins préoccupés par leur état de santé comparativement aux gens plus jeunes. Nous pouvons tout au plus constater que les deux narrations suscitent des niveaux de proximité à soi semblables.

Effets de la note (/10)

Des résultats inattendus ont été recueillis lors de l'analyse de ces données, bien qu'aucune hypothèse n'avait été formulée en ce sens. En effet, aucune relation s'est avérée exister entre la note/10 et l'âge, de même qu'avec la note/10 et le niveau d'experiencing exprimé lors de l'entretien direct sur la santé. Bien que l'état de santé s'affaiblit avec la

croissance en âge, l'évaluation de la santé subjective n'a pas été influencée par ce facteur. De plus, l'évaluation subjective de la santé ne semble avoir aucun lien avec le niveau d'experiencing exprimé lorsque la personne parle de sa santé.

Un autre résultat intéressant a été trouvé lorsque les deux populations ont été comparées entre elles concernant le score moyen de santé subjective accordé. Bien qu'aucune hypothèse n'avait été formulée, on se serait attendu à ce que les personnes âgées institutionnalisées évaluent leur santé de façon plus pessimiste que les gens à domicile, étant donné que la majorité d'entre elles souffrent de handicaps ou de limites physiques plus importantes. Toutefois, les scores moyens obtenus par les gens en foyer d'accueil ($M=6,66$) et à domicile ($M=7,27$) n'étaient pas significativement différents.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. Tout d'abord, comme le démontrait le contexte théorique de cette recherche, l'avance en âge comme telle peut affecter directement l'évaluation subjective de la santé, peu importe le lieu de résidence. Tornstam (1975) avait en effet trouvé que plus les individus sont vieux, ils ont besoin de moins en moins de santé pour être satisfaits de leur état général. Il soulignait également que le groupe de référence pouvait affecter cette même évaluation. Si le groupe de référence de la personne est

constitué de personnes malades, cet individu aurait moins tendance à évaluer sa santé de façon négative que si son groupe de référence était constitué de personnes plus jeunes et en santé.

Etant donné que l'environnement immédiat des personnes institutionnalisées est constitué de personnes âgées handicapées sur le plan physique et mental, il est fort probable qu'elles soient moins sévères lorsque vient le temps d'évaluer leur santé. De plus, quelques personnes âgées en institution ont accordé de bonnes notes pour leur santé en dépit du fait qu'elles étaient très hypothéquées sur le plan physique; elles expliquaient leur évaluation par le fait qu'elles avaient tout de même conservé leurs facultés mentales contrairement à leurs voisins de palier.

Interprétation en terme d'experiencing

L'échelle d'experiencing qui a été utilisée dans cette recherche repose sur la théorie du changement de la personnalité de Gendlin (1964). Les hauts niveaux de l'échelle (supérieurs à 4) correspondent à l'habileté à focaliser. Les bas niveaux (inférieurs à 4) ne sont par conséquent pas liés au phénomène du changement de la personnalité mais plutôt au degré avec lequel l'individu fait référence à ses sentiments dans ses verbalisations.

Les résultats recueillis dans cette recherche indiquent donc que ce sont surtout les bas niveaux d'experiencing qui ont été utilisés par les sujets. Une description des niveaux utilisés dans cette recherche sera donc élaborée brièvement. Comme nous l'avons vu, le niveau 2 correspond à une narration d'événements extérieurs avec peu d'implications émotives, le niveau 3 demande une plus grande implication émotive lorsque le sujet raconte des événements particuliers et au niveau 4, le sujet est avant tout préoccupé à décrire ses sentiments et ce qu'il est comme individu. Au niveau 5, la personne explore et élabore son vécu émotionnel interne.

L'analyse des tendances dans les distributions de scores indique également qu'un plus fort pourcentage de sujets (des deux populations) ont eu recours à des cotes supérieures à 3 lorsqu'elles parlaient de leur état de santé. L'entretien direct sur la santé entraînerait ainsi une tendance à une plus forte implication émotive et même un début de focalisation comparativement à la narration de souvenirs.

Bien que les résultats obtenus par l'évaluation de l'experiencing au mode n'ont pas été significatifs, l'experiencing au sommet a démontré des différences de distribution des scores. Le plus haut niveau d'experiencing exprimé dans la narration (le sommet) indique du même coup le potentiel

révélateur de ce type d'extrait. Dans l'ensemble, les narrations qui ont fait l'objet de cette recherche ont démontré la possibilité d'analyser la qualité des références émotionnelles exprimées. Ces résultats indiquent donc que l'utilisation clinique des narrations sur la santé et les souvenirs sont pertinentes, car la majorité des individus révèlent leurs sentiments et commencent à décrire leur personnalité lorsqu'ils parlent de ces sujets précis.

Limites de cette recherche

Aucune recherche n'a pu être répertoriée concernant la comparaison en terme de niveaux d'experiencing entre les narrations de souvenirs et l'entretien direct sur la santé. Dans ce sens, la présente recherche a en quelque sorte une portée exploratoire. Il fut donc difficile d'établir des liens avec d'autres études effectuées. De plus, la taille des échantillons (N=30 par groupe) correspondait à la taille minimale requise permettant une certaine généralisation des résultats. Un nombre plus élevé de sujets pourrait par conséquent entraîner des résultats plus variés. De plus, la distribution anormale des scores recueillis a restreint sous le plan qualitatif l'interprétation des données.

Etant donné que les plus hauts niveaux de l'échelle n'ont pas été touchés, l'utilisation d'une autre grille de cotation de proximité à soi aurait pu être salutaire, permettant par le fait même une meilleure distribution des résultats, compte tenu de la méthodologie adoptée.

Enfin, ce travail amène à proposer des suggestions d'ordre méthodologiques en vue de recherches subséquentes.

Tout d'abord, seulement deux narrations ont fait l'objet de cette investigation. La cueillette de plusieurs narrations portant sur les thèmes à l'étude aurait pu donner un aperçu plus étendu du potentiel révélateur de ces types de narratif. Cette stratégie aurait également permis d'avoir une série de scores d'experiencing continus, si une sommation des scores obtenus par chaque série de narratifs avait été effectuée préalablement. De plus, un contrôle plus rigoureux concernant l'âge et le sexe est suggéré.

Finalement, le mode d'interview adopté semble jouer un rôle important pour l'évaluation des niveaux d'experiencing effectué par l'entremise de cette grille de cotation. Par conséquent, il serait souhaitable d'accompagner les sujets dans un processus expérientiel en utilisant les techniques de focalisation décrites par Gendlin (1964), car le simple fait de faire clarifier les sentiments des participants ne les incite

pas nécessairement à entrer en contact avec leur monde intérieur. Il va sans dire qu'un bon climat de confiance joue également un rôle non négligeable concernant la qualité de contact intérieur atteint. Le mode de recrutement des sujets est donc très important afin de les mettre à l'aise le plus possible.

Conclusion

La motivation première de cette recherche est d'investiguer des modes d'évaluation de la personnalité qui demeurent dans le champ d'intérêt des personnes âgées et qui respectent le plus possible les limites engendrées par le vieillissement. Ce procédé permet de faciliter la démarche expérimentale tout en favorisant une inter-relation entre l'intervieweur et le participant, et par le fait même, une meilleure compréhension du vécu de chaque individu. La présente stratégie visait donc à contourner les limites engendrées par les méthodes traditionnelles et par les tests psychologiques qui s'avèrent souvent inappropriés aux personnes âgées.

Deux types de narrations ont été sélectionnés pour les fins de cette étude, soit les souvenirs anciens et l'entretien direct sur la santé. Ce choix repose sur le fait que les personnes âgées font fréquemment état de ces thèmes dans leurs conversations, et plus particulièrement en entrevue clinique. Cette démarche expérimentale a donc permis d'explorer leur potentiel révélateur sur le plan de la personnalité.

Cette étude a démontré qu'il est possible d'analyser l'investissement affectif dévoilé par la narration de souvenirs et l'entretien direct sur la santé, par l'entremise de l'échelle d'experiencing. Les résultats obtenus ont démontré qu'il existe une différence significative en terme de processus expérientiel entre ces deux narrations. Les analyses ont été ensuite poursuivies en contrôlant le facteur hébergement.

La même tendance fut retrouvée lorsque les scores ont été comparés auprès des sujets âgés institutionnalisés. Toutefois, cette tendance ne s'appliquait pas aux personnes résidant à domicile; les deux types de narrations ne différaient pas de façon significative. D'autres analyses ont révélé que les populations ne différaient pas l'une de l'autre en terme d'experiencing lorsque comparées à l'égard de chacune des narrations. Ces résultats étaient inattendus dans le sens qu'une différence était prévue entre les deux groupes de sujets. Il est à noter que ce résumé des résultats obtenus ne s'applique que pour l'experiencing évalué au sommet (le plus haut niveau atteint au cours de l'entretien) et non pas au mode (le niveau moyen utilisé), cette dernière mesure n'ayant engendré aucun résultat significatif. L'utilisation seule de l'experiencing évalué au sommet est donc suggérée pour l'analyse de matériel narratif tel que ceux faisant l'objet de cette recherche.

L'analyse qualitative de la distribution des scores obtenus révèle que plus de sujets font part de leurs sentiments et commencent à décrire leur monde intérieur lorsqu'ils parlent de leur santé que lorsqu'ils narrent leur souvenirs.

De plus, la majorité des recherches effectuées sur les souvenirs anciens et ayant prouvé leur valeur clinique ont analysé ces narratifs selon des grilles d'évaluation de contenu ou de traits de personnalité spécifiques. L'utilisation d'une échelle mesurant un processus expérientiel et non un trait fixe limite peut-être les analyses du potentiel révélateur des souvenirs, les thématiques abordées n'étant pas cotables directement sur l'échelle d'experiencing. Le caractère projectif des souvenirs anciens, par opposition au caractère plus conscient de l'entretien direct sur la santé distingue peut être aussi les deux types de narration sur le plan expérientiel.

Il s'avère également que le mode de recrutement des sujets et le processus d'enquête adopté lors du recueil des narrations joue un rôle non négligeable sur la capacité d'experiencing démontré par l'individu. Il serait donc préférable d'appliquer le plus possible les techniques de focalisations décrites par Gendlin (1964) lors des entretiens afin de favoriser l'atteinte de niveaux d'experiencing plus élevés. D'ailleurs, l'échelle

d'experiencing est dérivée des techniques de focalisation. Par contre, si le chercheur préfère adopter un mode d'enquête visant à faire clarifier les sentiments du sujet tout en veillant à ne pas l'influencer, il serait souhaitable d'utiliser une autre mesure de proximité à soi.

Néanmoins, cette recherche a pu apporter des résultats intéressants concernant le potentiel révélateur des narrations sur les souvenirs anciens et sur la santé. En effet, plusieurs intervenants oeuvrant auprès des personnes âgées font souvent état que les aînés sont fixés sur leur passé et ne parlent que de leurs "bobos", et par conséquent ont souvent tendance à ne pas considérer et à n'accorder aucune attention à ce genre de conversations. Pourtant, il s'avère que les personnes âgées révèlent leurs sentiments et leur personnalité lorsqu'ils font état de ces sujets. Ainsi, le simple fait d'écouter les personnes âgées lorsqu'elles parlent de leurs souvenirs et de leur santé peut nous permettre d'avoir accès à leur individualité, et il nous est possible de recueillir une foule de renseignements cliniques et diagnostiques sans avoir procédé à l'administration d'une série de tests psychologiques.

Qui plus est, cette perspective respecte la dignité des personnes âgées et leur accorde une valorisation personnelle en reconnaissant leur passé et leurs intérêts présents.

Appendice A

Questionnaire de la pré-expérimentation

QUESTIONNAIRE

- 1- Qu'est-ce que c'est une perte d'autonomie physique et comment s'y adapte-t-on?
 - 2- Est-ce que les changements physiques ont une influence sur votre vie actuelle?
-
- 3- Pourriez-vous me faire part du plus vieux souvenir d'enfance qui vous vient à l'esprit?
 - 4- Pourriez-vous me décrire un souvenir dans lequel vous étiez au plus fort de votre forme physique?
 - 5- Pourriez-vous me faire part d'un souvenir dans lequel vous étiez en mauvaise santé physique?

Appendice B

Résultats individuels (selon l'âge)

Tableau 14

Distribution des cotes d'expérimentation (mode et sommet)
des sujets âgés de moins de 80 ans aux
deux (2) types de narrations

<u>SOUVENIR (MODE)</u>			<u>SOUVENIR (SOMMET)</u>		
EXP	Fréquence	%	EXP	Fréquence	%
2	27	79,4	2	8	23,5
3	5	14,7	3	20	58,8
4	2	5,9	4	6	17,6
<hr/>			<hr/>		
Total	34	100.0	Total	34	100.0

<u>SANTE (MODE)</u>			<u>SANTE (SOMMET)</u>		
EXP	Fréquence	%	EXP	Fréquence	%
2	22	64,7	2	6	17,6
3	9	26,5	3	14	41,2
4	3	8,8	4	11	32,4
			5	3	8,8
<hr/>			<hr/>		
Total	34	100.0	Total	34	100.0

Tableau 15

Distribution des cotes d'expérimentation (mode et sommet)
des sujets âgés de plus de 80 ans aux
deux (2) types de narrations

<u>SOUVENIR (MODE)</u>		
EXP	Fréquence	%
	24	92,3
	2	7,7
Total	26	100.0

<u>SOUVENIR (SOMMET)</u>		
EXP	Fréquence	%
2	4	15,4
3	18	69,2
4	4	15,4
Total	26	100.0

<u>SANTÉ (MODE)</u>		
EXP	Fréquence	%
2	22	84,6
3	4	15,4
Total	26	100.0

<u>SANTÉ (SOMMET)</u>		
EXP	Fréquence	%
2	4	15,4
3	14	53,8
4	7	26,9
5	1	3,8
Total	26	100.0

Tableau 16

Répartition des hommes et des femmes résidant
à domicile selon l'âge

	Moins de 80 ans	Plus de 80 ans
Femmes	12	3
Hommes	14	1

Tableau 17

Répartition des hommes et des femmes résidant
en foyer d'accueil selon l'âge

	Moins de 80 ans	Plus de 80 ans
Femmes	8	13
Hommes	3	6

Tableau 18

Répartition des hommes et des femmes résidant
à domicile et en foyer d'accueil selon l'âge

	Moins de 80 ans	Plus de 80 ans
Femmes	20	16
Hommes	17	7

Appendice C

Résultats individuels (santé subjective)

Tableau 19

Distribution des notes d'évaluation subjective
de la santé (/10) du groupe de
personnes institutionnalisées

Note/10	Fréquence	Fréquence %
1	1	3,7
2	0	0
3	2	7,4
4	1	3,7
5	6	22,2
6	1	3,7
7	3	11,11
8	7	25,93
9	4	14,81
10	2	7,4
total:	27	100,00

Tableau 20

Distribution des notes d'évaluation subjective
de la santé (/10) du groupe de personnes
résidant à domicile

Note/10	Fréquence	Fréquence %
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	2	6,9
5	6	20,69
6	3	10,34
7	4	13,79
8	3	10,34
9	7	24,14
10	4	13,79
total:	29	100,00

Tableau 21

Distribution des notes d'évaluation subjective
de la santé (/10) des deux groupes
de sujets

Note/10	Fréquence	Fréquence %
1	1	1,76
2	0	0
3	2	3,57
4	3	5,36
5	12	21,43
6	4	7,14
7	7	12,50
8	10	17,86
9	11	19,64
10	6	10,71
total:	56	100,00

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de mémoire, madame Marie-Claude Denis, détentrice d'un doctorat de troisième cycle en psychologie et professeur au département de psychologie à l'université du Québec à Trois-Rivières, à qui il est redevable d'une assistance constante et éclairée.

Références

- ADLER, A. (1937). Significance of early recollections. International journal of individual psychology, 3, 1, 2-6.
- ALTMAN, K. (1973). The relationship between social interest dimensions of early recollections and selected variables, Unpublished doctoral dissertation, University of South Carolina.
- AUERBACH, C., ZINNES, J.L. (1978). Statistics: a case approach. Toronto: Lippincott.
- BACHELOR, A., JOSHI, P. (1986). La méthode phénoménologique de recherche en psychologie: guide pratique. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- BALIER, C. (1976). Etude clinique. Cahiers de la fondation nationale de gérontologie, 4, 59-125.
- BARUTH, L., ECKSTEIN, D. (1978). Life style: theory, practice and research. Dubuque: Kendall Hunt.
- BAUM, W. (1980). Therapeutic value of oral history. Journal of aging and human development, 12, 1, 49-53.
- BELLAK, L. (1963). Some conceptual and therapeutic considerations. American journal of psychotherapy, 17, 375-389.
- BERGER, L., MAILLOUX-POIRIER, D. (1989). Personnes âgées: une approche globale, Montréal: Etudes vivantes.
- BOTWINICK, J., WEST, R., STORANDT, M. (1978). Predicting death from behavioral test performance, Journal of gerontology, 33, 5, 755-762.
- BROWN, J.S., RAWLINSON, M. (1975). Relinquishing the sick role following open heart surgery. Journal of health and social behavior, 16, 12-27.
- BUTLER, R.N. (1963). The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry, 26, 65-76.

- COHLER, B. (1982). Personal narrative and life course. in P. Baltes et O. Brim (Eds). Life span development and behavior, Vol. IV. New York: Academic Press.
- COLEMAN, P.G. (1974). Measuring reminiscence characteristics from conversation as adaptive features of old age, International journal of aging and human development, 5, 3, 281-294.
- CORIN, E. (1985). Définisseurs culturels et repères individuels: le rapport au corps chez les personnes âgées. International journal of psychology, 20, 471-500.
- COSTA, P., KASTENBAUM, R. (1967). Some aspects of memories and ambitions in centenarians. Journal of genetic psychology, 110, 3-16.
- CRONBACH, L.J. (1980). Validity on parole: how can we go straight? New directions in testing and measurement, 5, 99-108.
- DEPARTEMENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE DU CENTRE HOSPITALIER STE-MARIE (1986). Les conditions de l'autonomie. Trois-Rivières.
- EINSTEIN, V., RYERSON, R. (1951). Psychodynamic significance of the first conscious memory. Bulletin of the menninger clinic, 15, 213-220.
- ERIKSON, E. (1950). Childhood and society, New York: Norton Co.
- ERIKSON, E. (1957). Identity and the life cycle. Psychological issues, 1. New York: International Universities Press.
- FISKE, D.W. (1974). The limits for the conventional science of personality. Journal of personality, 42, 1, 1-11.
- FRIEDSAM, H., MARTIN, H. (1963). A comparison of self and physicians health ratings in an older population. Journal of health and human behavior, 4, 179-183.
- GENDLIN, E.T. (1962). Experiencing and the creation of meaning. New York: MacMillan Co.
- GENDLIN, E.T. (1964). A theory of personality change. in P. Worchel et D. Byrne (Eds). Personality change. New York: John Wiley and Sons.

- GENDLIN, E.T., TOMLINSON, T.M. (1967). The process conception and its measurement. in C. Rogers (Ed). The therapeutic relationship and its impact. Madison: University of Wisconsin Press.
- GIAMBRA, L.M. (1977). Daydream about the past: the time setting of spontaneous though intrusions. The gerontologist, 17, 35-38.
- GORNEY, J. (1968). Experiencing and age: patterns of reminiscence among the elderly. Unpublished Ph.D. dissertation, committee of human development, University of Chicago.
- GORNEY, J.E., TOBIN, S.S. (1969). Experiencing and age: patterns of reminiscence among the elderly. Reported to the eight international congress on gerontology. Washington, D.C.
- GUILFORD, J.P. (1965). Psychometric methods. New York: McGraw-Hill Book Co.
- HANN, S., DAY, T. (1974). A longitudinal study of change and sameness in personality development: Adolescence to later adulthood. International journal of aging and human development, 5, 11-40.
- HAFNER, J.L., FAKOURI, E.M. (1984). Early recollections and vocational choice. Individual psychology, 40, 1, 55-60.
- HAVIGHURST, R. GLASSER, R. (1972). An exploratory study of reminiscence. Journal of gerontology, 27, 245-253.
- HENRY, W.E., CUMMING, E. (1961). Growing old. New York: Basic Books.
- HEYMAN, D., JEFFERS, F. (1963). Effect of time laps on consistency of self-rated health and medical evaluations of elderly persons. Journal of gerontology, 18, 160-164.
- HICKEY, T. (1980). Health and aging. Monterey: Brooks Cole.
- HUGHSTON, G., MERRIAM, S. (1982). Reminiscence: a non formal technique for improving cognitive functioning in the aged. Journal of aging and human development, 15, 139-149.
- JACKSON, J., SECHREST, L. (1962). Early recollections in four neurotic diagnostic categories. Journal of individual psychology, 18, 1, 52-56.

- JARVIK, L.F., RUSSEL, D. (1979). Anxiety, aging and the third emergency reaction. Journal of gerontology, 34, 2, 197-200.
- JOHNSON, M. (1976). That was your life. in J. Munnichs et W.J.A. Van den Heuvel (Eds). Dependency or interdependency in old age. The Hague: Martinus Nijhoff.
- KLEIN, H.K., MATHIEU, P.L., GENDLIN, E.T., KIESLER, D.J. (1969). The experiencing scale: a research and training manual. Wisconsin: Wisconsin psychiatric institute.
- KENNEDY, C.E., (1978). Human development: the adult years and aging. New York: McMillan Publishing Co.
- KVALE, S. (1977). Dialectics and research on remembering. in N.Datan et H. Reese (Eds). Life-span developmental psychology: dialectical perspectives on experimental research. New York: Academic Press.
- LANGNER, T. (1962). A twenty-two item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. Journal of health and human behavior, 3, 269.
- LAROCHE, C., BEAULIEU, G. (1985). La santé...en douce. Santé et société, 7, 4, 13-36.
- LAZARSFIELD, P. (1935). The art of asking why: three principles underlying the formulation of questionnaires. National Marketing review, 1, 1, 1-7.
- L'ECUYER, R. (1978). Le concept de soi. Paris: Presses Universitaires de France.
- L'ECUYER, R. (1980). Les souvenirs du passé chez les personnes âgées: reflet de conflits intérieurs ou adaptation? Revue québécoise de psychologie, 1, 3, 42-57.
- LEDUC, F. (1986). Les médecines douces: alternatives ou complément à la médecine traditionnelle. Santé mentale au Québec, 11, 2, 160-174.
- LEVENTHAL, E.A. (1984). Aging and the perception of illness. Research on aging, 6, 1, 119-135.
- LEWIS, C.N. (1971). Reminiscing and self-concept in old age. Journal of gerontology, 26, 240-243.

- LEWIS, C.N. (1973). The adaptative value of reminiscing in old age. Journal of geriatric psychiatry, 6, 117-121.
- LIEBERMAN, M.A. (1957). Childhood memories as a projective technique. Journal of projective techniques, 21, 32-36.
- LIEBERMAN, M.A., LAKIN, M. (1963). On becoming an institutionalized person. in R. H. Williams et al. (Eds). Process of aging, social and psychological perspectives. New York: Atherton Press.
- LIEBERMAN, M.A., PROCK, U.N., TOBIN, S.S. (1968). Psychological effects of institutionalization. Journal of gerontology, 23, 161-194.
- LIEBERMAN, M.A., FALK, J.M. (1971). The remembered past as source of data for research on the life cycle. Human development, 14, 132-141.
- LIEBERMAN, M.A., TOBIN, S.S. (1983). The experience of old age. New York: Basic Books.
- LINN, M.W. (1976). Studies in rating the physical, mental and social dysfunction of the chronically ill aged. Medical care, 14 (suppl.), 119-125.
- LINN, B.S., LINN, M.W., KNOPKA, P. (1978). The very old patient in ambulatory care. Medical care, 16, 604-608.
- LINN, M.W., HUNTER, K.I., LINN, B.S. (1980). Self-assessed health impairment and disability in angelo, black and cuban elderly. Medical care, 18, 282-288.
- LINN, M.W., LINN, B.S. (1984). Self-evaluation of life function (SELF) scale: a short, comprehensive self-report of health for elderly adults. Journal of gerontology, 39, 5, 603-612.
- MADDOX, G.L. (1964). Self-assessment of health status. Journal of chronic disease, 17, 449-455.
- MADDOX, G.L., DOUGLAS, E.B. (1973). Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. Journal of health and social behavior, 14, 87-93.

- McMAHON, A.W., RHUDICK, P.J. (1967). Reminiscing in the age; an adaptational response. in S. Levin et R.J. Kahana (Eds). Psychodynamics stories on aging: creativity, reminiscing and dying. New York: International Universities Press., 64-78.
- MERRIAM, S.B. (1980). The concept and function of reminiscence: a review of the research. Gerontologist, 20, 604-609.
- MERRIAM, S.B., CROSS, L. (1981). Aging, reminiscence and life satisfaction. Activities, adaptation and aging, 2, 39-50.
- MERRIAM, S.B., DIMMOCK, K. (1985). Measuring older adults attitudes. Educational gerontology, 11, 1-7.
- MINIUM, E.W. (1978). Statistical reasoning in psychology and education. Toronto: John Willey and Sons.
- MISHLER, E.G. (1986). The analysis of interview narratives. in T.R. Sarbin (Ed). Narrative psychology: The storied nature of human conduct. New York: Preager.
- MOSAK, H. (1958). Early recollections as a projective tehnique. Journal of projective techniques, 22, 302-311.
- MOSSEY, J.M., SHAPIRO, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. American journal of public health, 72, 8, 800-808.
- MYERHOFF, B., TUFTE, V. (1975). Life history integration. The gerontologist, 15, 541-543.
- NEUGARTEN, B.L. (1964). Personality in middle and late life. New York: Atherton.
- NEUGARTEN, B.L. (1972). Personality and the aging process. Gerontologist, 12, 1, 9-15.
- NEUGARTEN, B.L. (1973). Personality change in late life: a developmental perspective. in C. Eisdorfer et M.P. Lawton (Eds). The psychology of adult development and aging. American psychological association. Washington, D.C.
- NEUGARTEN, B.L. (1977). Personality and aging. in J.E. Birren, K.W. Shaie (Eds). Handbook of the psychology of aging. Princeton: Van Nostrand.

- NEUGARTEN, B.L., HAVIGHURST, R.J., TOBIN, S.S. (1964). Personality and patterns of aging. in B.L. Neugarten (Ed). Middle age and aging. Chicago: University of Chicago Press.
- OAKLEY, A. (1981). Interviewing women: a contradiction in terms. in H. Roberts (Ed.). Doing feminist research. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- OBERLEDER, M. (1962). An attitude scale to determinate adjustment in institutions for the aged. Journal of chronic disease, 15, 915-923.
- OLIVIERA, O.H. (1977). Understanding old people: patterns of reminiscing in elderly people and their relationship to life satisfaction. Unpublished Ph.D. dissertation. Knoxville: University of Tennessee.
- OLSON, H.A. (1979). Early recollections. Springfield: Charles C. Thomas.
- PAGET, M.A. (1982). Your son is cured now, you may take him home. Culture, medicine and psychiatry, 6, 237-259.
- PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (1983). Le développement de la personne. Montréal: Edition HRW.
- PALMORE, E., LUIKART, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction. Journal of health and social behavior, 13, 68-73.
- PLUTCHIK, R. (1962). The emotions: facts, theories and a new model. New York: Random House.
- PLUTCHIK, R., PLATMAN, S.R., FIEVE, R.R. (1970). Stability of the emotional content of early memories in manic-depressive patients. British journal of medical psychology, 43, 177-181.
- ROBINSON, J.A., HAWPE, L. (1986). Narrative thinking as a heuristic process. in Sarbin (Ed). Narrative psychology: the storied nature of human conduct. New York: Preager.
- SANTE ET BIEN-ETRE SOCIAL CANADA (1989). Le rapport action-santé: nos aînés. Ottawa.

- SHAFIER, R. (1980). Narrative in the psychoanalytic dialogue. in W.J.T. Mitchel (Ed). On narrative. Chicago: The University Press of Chicago.
- SYLVESTRE, L. (1987). Les effets de la pratique médiative sur le niveau d'experiencing. Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Trois-Rivières.
- STREIB, G.F. (1956). Morale of the retired. Social problem, 3, 270-273.
- SUCHMAN, E., STREIB, G.F., PHILIPS, B. (1958). An analysis of the validity of health questionnaires. Social forces, 36, 223-232.
- THOMPSON, P. (1978). The voice of the past: oral history. New York: Oxford University Press.
- TISSUE, T. (1972). An other look at self rated health among the elderly. Journal of gerontology, 27, 91-94.
- TOBIN, S.S. (1972). The earliest memory as data for research in aging. in D.P. Kent, R. Kastenbaum, s. Sherwood (Eds). Research, planning and action for the elderly: the power and potential of social sciences. New York: Behavioral Publications.
- TORNSTAM, L. (1975). Health and self-perception: a systems theoretical approach. The gerontologist, 15, 264-270.
- VANSINA, J. (1965). Oral tradition. Chicago: Adline Publishing Co.
- VERGER, D.M., CAMP, W.L. (1970). Early recollections of the present. Journal of counselling psychology, 17, 6, 510-515.
- WYNNE, R.D., SCHAFFZIN, B.A. (1965). A technique for the analysis of affect in early memories. Psychological reports, 17, 933-934.
- ZAUTRA, A., HAMPEL, A. (1984). Subjective well-being and physical health: a narrative litterature review with suggestions for futur research. International journal of aging and human development, 19, 2, 95-110.